

Revista del Complejo Asistencial Universitario de León

# Hospital de León

Publicación trimestral \_ n. 2  
mayo \_ 2023

## EN PORTADA

Las 600 operaciones  
del Da Vinci

## HUMANIZACIÓN

Calidad y calidez.  
El reto de la humanización  
en la I Jornada del CAULE



## PUBLICIDAD



**Alfonso Rodríguez-Hevia  
González**

DIRECTOR GERENTE

## *Calidad y calidez, claves de la atención hospitalaria*

Nuestro sistema sanitario destaca por el trabajo basado en la evidencia científica y por su equipamiento tecnológico, como nuestro robot Da Vinci, al que dedicamos un reportaje en estas páginas, y que entró en funcionamiento hace cuatro años, superando en la actualidad las 600 intervenciones. Tenemos además unos profesionales altamente cualificados y con gran capacidad técnica, como han puesto de manifiesto los premios de investigación a nuestros MIR, de los que también damos cuenta en este número. Todo ello repercute sin duda alguna en la calidad de nuestra asistencia.

Pero la calidad, que es un aspecto absolutamente necesario en cualquier organización que se precie, debe de ir acompañada, más en la asistencia sanitaria, de una cualidad muy importante: la calidez.

A veces podemos correr el riesgo de olvidarnos de ese aspecto fundamental. Por ello, debemos buscar y considerar, por un lado, el equilibrio entre los avances científico-técnicos y la alta cualificación de los profesionales y, por otro, los sentimientos, las emociones, el buen trato, la amabilidad...; y conseguir que se complementen entre sí.

En este sentido, se está haciendo un gran trabajo desde la Comisión de Humanización del Área de Salud de León, que engloba la atención hospitalaria y la atención primaria, para mejorar la calidad humana del proceso de asistencia sanitaria en el que intervienen profesionales, pacientes, acompañantes, cuidadores..., dentro de las directrices establecidas en el Plan Persona 2021-2025 y asumiendo los retos marcados desde la Consejería de Sanidad.

Nuestro objetivo es que los esfuerzos vayan dirigidos tanto al paciente y a las personas que le acompañan como a cualquier profesional del ámbito de la salud que quiera ver facilitada la atención práctica que presta y que necesite sentirse apoyado en esta tarea. Así se ha puesto de relieve en las I Jornadas de Humanización del Área Sanitaria de León, celebradas este mes de abril y de las que damos cuenta en esta publicación.

En cuanto a nuestros servicios médicos, en este nuevo número de la revista Hospital de León damos a conocer el trabajo que realizan Reumatología y Anatomía Patológica. Con Oftalmología y Alergología analizamos, entre otros temas, los problemas que para nuestra salud puede producir la llegada de la primavera.

El trabajo de la división de Enfermería también está presente en estas páginas, en concreto el de las áreas de Cuidados Paliativos y Nefrología. No nos olvidamos de otros colectivos no sanitarios, como la Unidad de Trabajo Social, que asimismo queremos dar a conocer. En suma, esperamos con este nuevo número de la revista que nuestros pacientes conozcan mejor el hospital y nuestros servicios, avanzando en el objetivo de la humanización de la sanidad.

Un saludo cordial.

Hospital  
de León

Publicación trimestral \_ n. 2  
mayo \_ 2023

-

**Edita**  
Complejo Asistencial Universitario  
de León (CAULE)

**Comité de Redacción**  
Comisión de Dirección CAULE

**Coordina**  
Departamento de Comunicación  
CAULE

**Fotografía:**  
Editorial MIC  
Cristina Bazán  
Óscar Rodríguez

**Producción Editorial:**  
Editorial MIC.

# SU \_MA \_RIO\_



PUBLICIDAD



*La visión en tres dimensiones, con profundidad de campo, y una óptica de hasta 12 aumentos, muy superior a la de la laparoscopia, permite mayor precisión*

## Las 600 operaciones del Da Vinci

El sistema de cirugía robótica es la técnica más sofisticada e innovadora de cirugía mínimamente invasiva disponible en la actualidad. Tras más de 617 operaciones –solo paró durante la pandemia– y resultados increíblemente positivos, el robot cumple cinco años en el Hospital de León.

Da Vinci ofrece mayor precisión quirúrgica, un procedimiento menos invasivo, eliminación del temblor natural de la mano del cirujano y una visualización tridimensional del campo anatómico. Para el paciente significa convalecencias más cortas, cicatrices más pequeñas, mucho menos dolor y disminución del riesgo de infección. La pérdida de sangre durante la intervención, y por tanto la necesidad de transfusiones, se sitúa un 25% por debajo de la causada por la cirugía abierta.

Su nombre le viene del primer robot capaz de imitar los movimientos humanos de la mandíbula, los brazos y el cuello: el «Caballero Mecánico» que Leonardo diseñara en 1495. El Da Vinci de hoy poco tiene que ver con aquel. Consiste en un centro de mando con dos controladores principales y pedales y un sistema que interpreta los movimientos del cirujano y los traduce a escala. La visión en tres dimensiones, con profundidad de campo, y una óptica de hasta 12 aumentos, muy superior a la de la



El automata cavaliere de Leonardo, de 1495



*Su coste puede alcanzar 2,5 millones de euros, sin tener en cuenta el mantenimiento anual y el instrumental que se utiliza en cada operación*

laparoscopia, permite al cirujano una mayor precisión en sus movimientos, al tiempo que la ergonomía del sistema le ofrece la misma destreza de movimientos que en la cirugía abierta.

Ofrece grandes beneficios sobre la cirugía laparoscópica: mejor visión, evita el temblor de los instrumentos y una mayor libertad de movimientos. Todo esto lleva a que el cirujano sea capaz de hacer una mejor disección de los tejidos, realizar movimientos mucho más precisos y obtener resultados quirúrgicos mucho mejores. Para la doctora Teresa Renedo, del servicio de Urología, "las cirugías complejas que precisan la realización de suturas o una disección muy precisa son los casos en los casos en los que se observa un mayor beneficio". Permite "disecciones más precisas" y mejores resultados "tanto oncológicos como funcionales", añade su compañero Miguel García.

La urología es el campo donde más aplicabilidad tiene este tipo de cirugía a nivel mundial. "La próstata está en una zona de muy difícil acceso", explica Miguel Ángel Alonso, jefe de este servicio en el Hospital, "y la ergonomía del robot permite mucha más maniobrabilidad, además de coser más rápido y reducir la pérdida de funcionalidad". "La casuística más común en las que se utiliza, aparte de oncología (próstata, riñón y vejiga), son prolapso de órganos pélvicos y colposacropexia, señala el urólogo Alejandro Sanz. La mayor ventaja que tiene en esta especialidad es que gracias a su precisión y movimiento facilita la disección de teji-

dos y sobre todo la realización de suturas. Es de gran ayuda en las nefrectomías parciales, en la cirugía reconstructiva y en la prostatectomía radical, en la que no solo es útil para suturar nuevamente la vejiga con la uretra, sino que su precisión y mejor visión permiten mejores resultados funcionales para el paciente en términos de continencia urinaria y en erecciones.

Aunque urología es donde más se utiliza –el número de operaciones de este tipo es casi cuatro veces mayor que la suma de todas las demás– el Da Vinci también es utilizado por otros servicios. Sus ventajas generales –menos dolor para el paciente, más rapidez de reincorporación a vida laboral, menos complicaciones y menos tiempo de quirófano– "se traducen en seguridad para el paciente, ya que las posibilidades de fallos de sutura o de peritonitis se reducen mucho", dice M.<sup>a</sup> Victoria Diago, jefa de Medicina General.

En ginecología se utiliza para "tumores endometriales para esterotomía linfática, ganglio centinela y ciertas cirugías benignas hiperplasias de endometrio", según Alfonso Fernández, jefe del Servicio. También se aplica en casos seleccionados de cáncer de endometrio y casos precoces de cáncer de cérvix y se planean aplicaciones en técnicas de sacrorrectopexia, igual que en urología.

Aun así, no todas las cirugías conllevan un grado de requerimientos técnicos que se beneficien de un abordaje robótico. En todas las operaciones con el Da Vinci se trabaja en equipos de dos cirujanos:



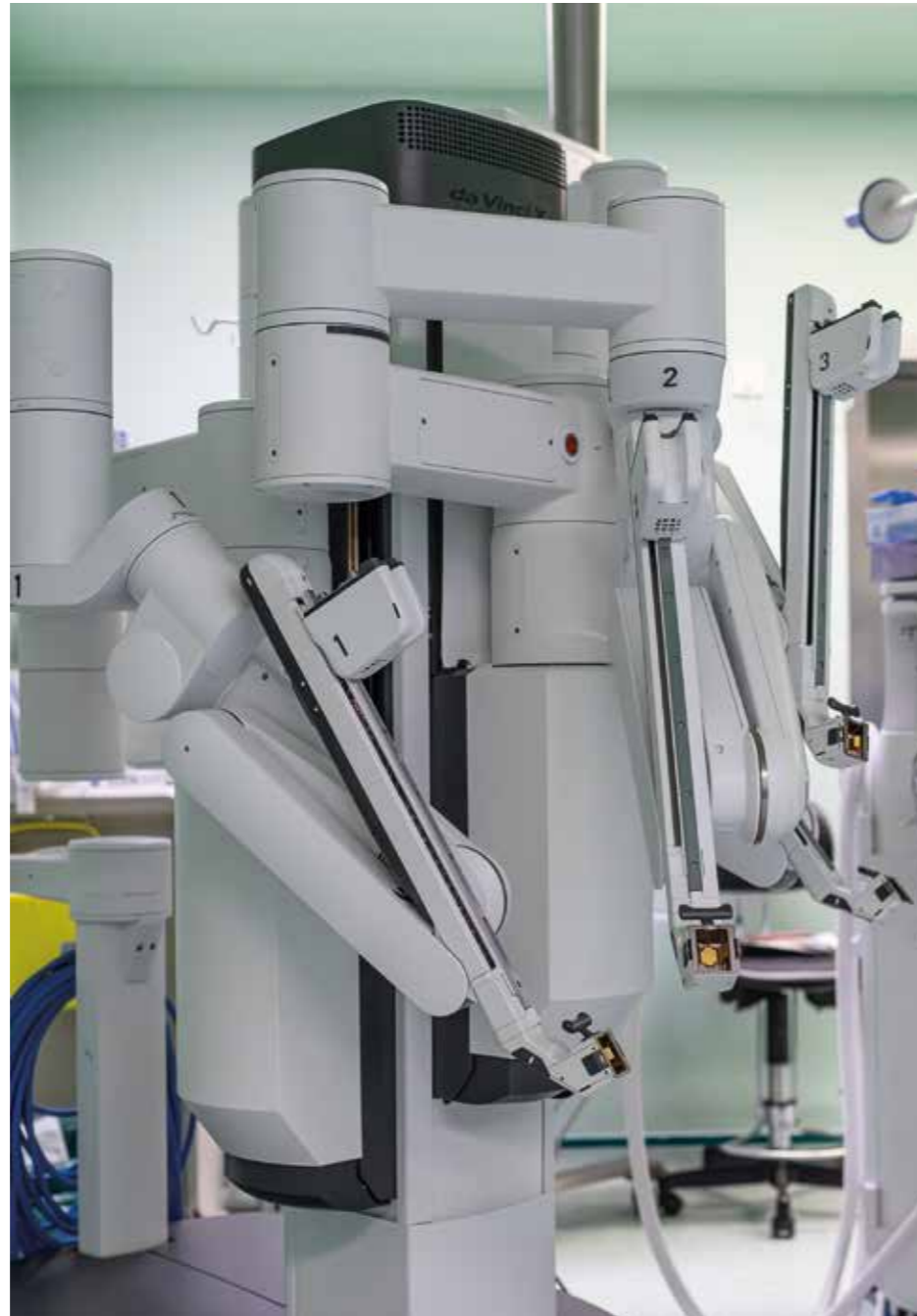


*“En el futuro no se va a parecer, ver esto va a ser como cuando vemos esos móviles antiguos ‘ladrillo’”*

uno de consola y otro de campo. “Tenemos la ayudantía de un cirujano que está lavado en el campo quirúrgico y que colabora mediante instrumental laparoscópico”, explica Mario de Arriba, de Urología. En algunos casos se inicia la intervención con laparoscopia y se utiliza el robot en momentos concretos, y en otros el acceso robótico no es posible porque el paciente está multioperado o por comorbilidades que contraindiquen esta técnica. Lo mismo dice Enrique Pastor, de Cirugía General: “cada vez se opera más por laparoscopia y robot, pero hay situaciones en que la cirugía laparotómica convencional todavía es necesaria”.

El coste de estos sistemas puede alcanzar 2,5 millones de euros, sin tener en cuenta el mantenimiento anual y la caducidad del instrumental, que se reemplaza cada diez operaciones. Este es uno de los principales problemas que los cirujanos del hospital ven al robot, que impide multiplicar la atención al paciente y diversificar la atención quirúrgica, y obliga a realizar procesos de selección. Sin embargo muchos creen que con el tiempo esto cambiará. “Antes era raro, pero en los últimos años la robótica se está universalizando”, dice José María Canga. “Ya no hay patentes, hay competencia...” añade Miguel Alonso. “Se prevé que en el futuro haya un abaratamiento y robots en todos los hospitales, incluso en todos los quirófanos”.

El Da Vinci no es el único robot quirúrgico en el mercado. “También hay otros robots quirúrgicos como Hugo o Versius”, explica Miguel García. “Ahora mismo el robot está



PUBLICIDAD



*El Da Vinci permite una mejor disección de los tejidos, movimientos mucho más precisos y resultados quirúrgicos mucho mejores*

limitado a equipos concretos, pero cada vez va a haber más robots en el hospital y su uso se hará más común”.

Luis González-Herráez, de Cirugía General, cree que el robot aún está “en pañales”. “Tiene que evolucionar mucho, hay que hacerlo más fácil. Aunque hay ya muchas generaciones, esta es la primera fase. En el futuro no se va a parecer, ver esto va a ser como cuando vemos esos móviles antiguos ‘la-drillo’. Igual que Canga, ve problemático que los brazos del aparato no tengan sensibilidad. “Pero la tendrán”, aclara. “Va a evolucionar a más sencillo y mejor. Lo podrán usar hasta residentes”.

De hecho González Herráez no descarta que “llegue a operar solo. ¿Por qué no?”. Otros cirujanos del hospital piensan que esto es algo que habrá que manejar con mucho cuidado. “Los progresos de la ingeniería y la inteligencia artificial pueden conllevar una deshumanización de la medicina”, avisa Mario de Arriba. Teresa Renedo añade que “aunque sin duda la tecnología nos hará el trabajo mucho más fácil, por la singularidad de cada paciente creo que nunca se debería desligar la mano humana de la tecnología”. Lo que está claro es que, en palabras de José María Canga, “el robot ha venido para quedarse”



PUBLICIDAD

“La actividad del CAULE incluye más de 132.000 urgencias atendidas y más de 32.000 ingresos hospitalarios en 2022”

## Elena Bollo de Miguel Directora médica del CAULE

Elena Bollo de Miguel es la actual directora médica de Asistencia Especializada del CAULE. Anteriormente fue jefa del Servicio de Neumología del Hospital de León y vivió muy de cerca las jornadas impuestas por la pandemia. Fueron momentos muy duros, con vivencias personales inolvidables, en los que los profesionales se entregaron a un reto sin precedentes. Inmersa ya en la nueva era poscovid, algunos de los objetivos que se plantea a medio plazo son la reducción de las listas de espera, la renovación tecnológica, la implementación de la Hospitalización a Domicilio, la apertura del Hospital de Día Infanto-Juvenil, la reforma de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Monte San Isidro y la finalización de la reforma del servicio de Urgencias.

**USTED FUE JEFA DE NEUMOLOGÍA CUANDO IRRUMPIÓ LA PANDEMIA. SIN DUDA, EL CORONAVIRUS HA MARCADO UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LA FORMA DE TRABAJAR EN EL CAULE, PERO TAMBIÉN EN TODA LA SANIDAD EN SU CONJUNTO. ¿QUÉ QUEDA AHORA DE ESA EXPERIENCIA? ¿QUÉ HAN APRENDIDO Y EN QUÉ CREE QUE HAN MEJORADO?**

Nos queda el recuerdo de momentos muy duros y vivencias personales inolvidables, recordando a los pacientes que superaron la enfermedad y aquellos a los que solo pudimos acompañar, pero también el recuerdo de trabajar juntos médicos de diferentes especialidades y buscar diferentes modalidades de asistencia. Hemos aprendido que, como sociedad, sistema sanitario y profesionales individuales, somos capaces de enfrentarnos a un desafío de la magnitud de la pandemia COVID y conseguir mantener la asistencia sanitaria. Y también que se pueden cambiar muchos hábitos de trabajo en el hospital y que esos cambios redundan en una mejor asistencia a los pacientes.

**¿Y QUÉ PIENSA QUE HA PERDIDO LA SANIDAD CON LA PANDEMIA?**

Perdimos en gran medida el contacto médico-paciente y un claro ejemplo es el uso de las mascarillas, necesarias pero que impiden vernos las caras y conseguir esa interacción tan necesaria. También, con el cansancio como personas y el desánimo ante situaciones duras, creo que se ha perdido parte de la ilusión y la iniciativa de los profesionales. Otro problema añadido es la pérdida de gran parte de la actividad habitual con el incremento de las listas de espera y la demora en el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías.

**EL HOSPITAL SE HA REESTRUCTURADO TAMBIÉN EN LOS SERVICIOS, LAS URGENCIAS... ¿CÓMO ESTÁ RESULTANDO LA ERA POSCOVID PARA EL FUNCIONAMIENTO MÉDICO DEL CAULE?**

El COVID nos hizo modificar algunas formas de trabajar en el hospital, que se han mostrado beneficiosas. Por ejemplo, completar la

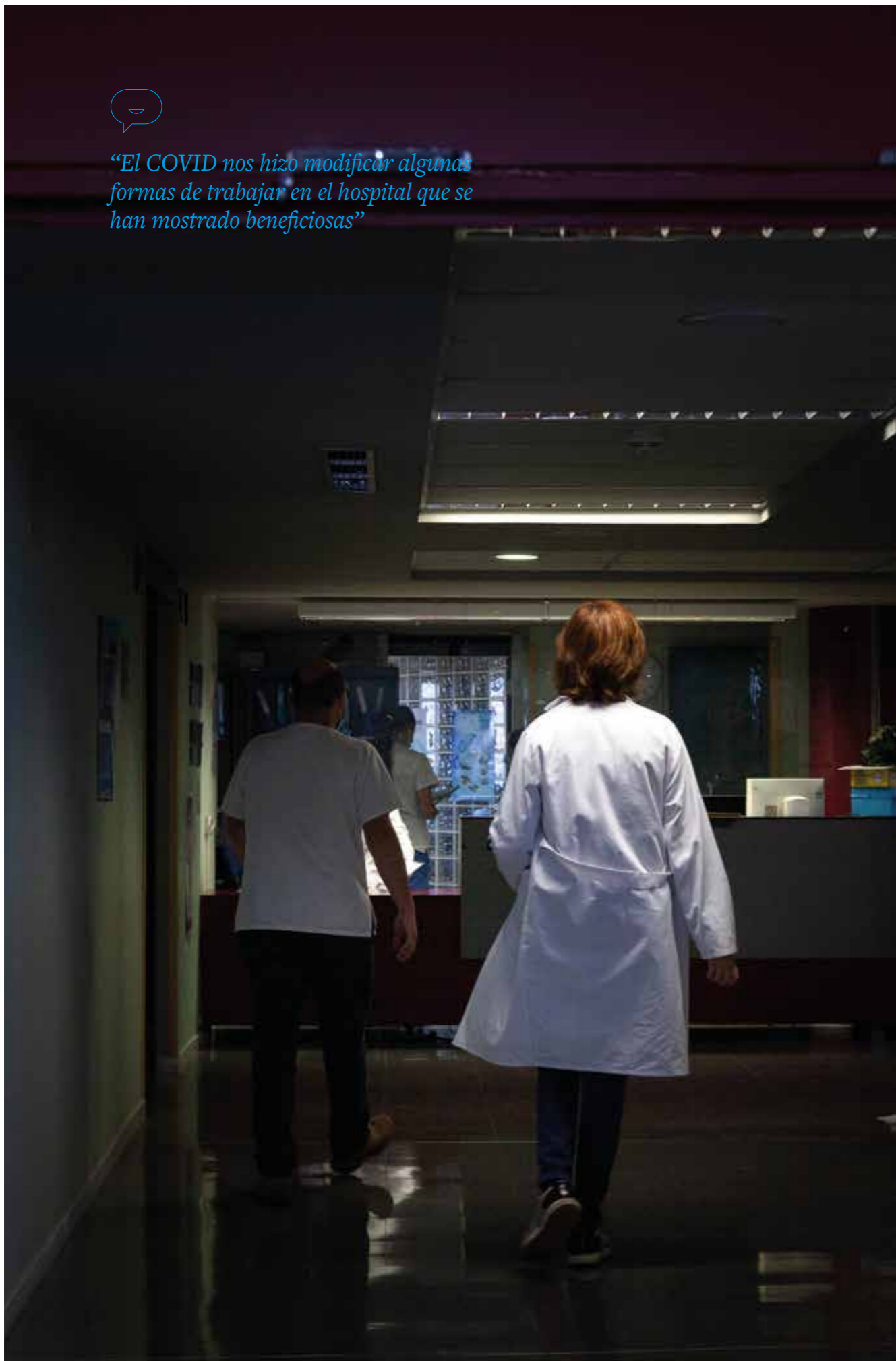
implantación de la historia clínica electrónica y la receta electrónica, la consulta no presencial entre médicos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y la consulta telefónica en determinadas situaciones (controles analíticos, seguimiento de pacientes crónicos). Hemos entrado en la época de la telepresencia, que es un modo de atención sanitaria que permite la asistencia simultánea, en tiempo real, de más de un profesional a un paciente, de manera presencial y a distancia, compartiendo imagen y vídeo entre los profesionales, como se realiza en el Teleictus. También la Teledermatología (para examinar imágenes de lesiones de la piel a distancia, en un entorno digital seguro) que funciona muy satisfactoriamente o la implantación de la Atención Farmacéutica telemática. Estamos integrando todas esas acciones, acabando de recuperar los espacios que se habían modificado para la asistencia a los pacientes COVID e implementando acciones para mejorar las demoras en consultas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas.



*“Hemos cerrado el año 2022 con una demora media en la lista de espera quirúrgica muy inferior a la del inicio, y el objetivo para el año 2023 es seguir en esta línea. Esto ha sido posible gracias a la implicación de los profesionales de los distintos servicios”*







“El COVID nos hizo modificar algunas formas de trabajar en el hospital que se han mostrado beneficiosas”

**¿CUÁL ES SU OPINIÓN SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL Y LA PLANTILLA DE LA QUE DISPONE?**

En este momento la actividad anual del CAULE incluye más de 132.000 urgencias atendidas y más de 32.000 ingresos hospitalarios. Realizamos unas 19.000 intervenciones quirúrgicas y 580.000 consultas al año y un número muy elevado de pruebas diagnósticas, como ejemplos, más de 30.000 TC o 40.000 ecografías.

La importancia de estos datos refleja la amplia cartera de servicios de la que dispone el hospital en las distintas especialidades, con algunos procedimientos en los que somos referencia incluso a nivel nacional, además de atender en determinadas patologías y servicios a pacientes que provienen del área sanitaria del Bierzo.

La idoneidad de las plantillas siempre es una reivindicación de los profesionales a la que hay que atender. Uno de nuestros objetivos nada más incorporarnos fue realizar un estudio exhaustivo de las plantillas, junto con la Dirección de Gestión. Con carácter general estamos satisfechos con el número de profesionales de los que disponemos, sobre todo ahora que se han resuelto los procesos de consolidación, aunque hay algunas especialidades, no solo en nuestro hospital sino incluso a nivel nacional, en las que la disponibilidad de los profesionales es menor y es más difícil su cobertura. Con el proceso de consolidación hemos incrementado nuestra plantilla en 48 profesionales.

**COMO DIRECTORA MÉDICA ¿CÓMO VE AL PERSONAL? ¿CUÁL CREE QUE SON LAS MEJORAS QUE DEBEN REALIZARSE PARA MOTIVAR A LOS EQUIPOS?**

La pandemia COVID supuso, además de la sobrecarga asistencial, un aumento de los casos de ansiedad y burnout entre los profesionales. Para desempeñar nuestras funciones asistenciales, docentes y de investigación, necesitamos el mejor entorno laboral posible. Este entorno incluye mejorar las condiciones laborales precarias y la estabilidad de los servicios asistenciales; en este sentido estamos

procediendo a ofertar a nuestros profesionales contratos más duraderos y que, de alguna manera, les garanticen una mayor estabilidad en el puesto.

**EN ESTE SENTIDO, LA ESCASEZ DE MÉDICOS TAMBIÉN ES UN PROBLEMA A LA HORA DE AFRONTAR UNA ASISTENCIA SANITARIA ADECUADA, ¿QUÉ CREE QUE SE PODRÍA HACER PARA ATRAER A MÁS MÉDICOS O PARA HACERLES MÁS ATRACTIVA LA OFERTA?**

La Consejería de Sanidad ha aprobado recientemente el programa 2023 de fidelización y captación del talento de residentes que finalizan la formación sanitaria especializada en el Sistema Nacional de Salud. Sabemos que más del 60% de los residentes que se forman en Castilla y León provienen de otras comunidades autónomas a las que quieren regresar, mientras que hay residentes con origen en Castilla y León que se forman fuera y que quieren regresar para iniciar en Castilla y León su trayectoria profesional. De este programa al CAULE le corresponden 40 plazas, que esperamos que se puedan cubrir en su totalidad y que corresponden a contratos de hasta tres años de duración. Desde la Dirección Médica, junto con la Comisión de Docencia, hemos contactado con los residentes que finalizan y con los jefes de servicio para explicarles las ventajas de estos contratos.

**EL TALÓN DE AQUILES DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA CONTINÚAN SIENDO LAS LISTAS DE ESPERA ¿QUÉ OPCIONES DE MEJORA ESTÁN LLEVANDO A CABO?**

Como ya he dicho anteriormente este es uno de los efectos que seguimos arrastrando de la pandemia COVID. Siendo uno de los objetivos institucionales, hemos cerrado el año 2022 con una demora media en la lista de espera quirúrgica muy inferior a la del inicio, y el objetivo para el año 2023 es seguir en esta línea, disminuyendo también de forma significativa el número de pacientes que están esperando una intervención quirúrgica. Esto ha sido posible gracias a la implicación de los profesionales de los distintos servicios. Se está



En cifras: la actividad del CAULE incluye más de:

132.000  
Urgencias atendidas

32.000  
Ingresos hospitalarios

19.000  
Intervenciones quirúrgicas

580.000  
Consultas al año

intensificando en todo lo posible la actividad quirúrgica en jornada de tarde, tanto en jornada ordinaria como en autoconcierto, y además contamos con el apoyo de otros centros de la ciudad con los que tenemos convenio. Para este año 2023 además se han planteado como objetivos la disminución del número de pacientes que esperan una consulta o una prueba diagnóstica, cifras que también esperamos mejorar con una mejor planificación de los horarios y de los medios materiales y personales.

#### ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS A MEDIO PLAZO EN LOS QUE TRABAJA?

En la división médica en particular seguimos el objetivo de adecuar la plantilla del hospital a la actividad que se realiza y a las necesidades actuales y futuras. Continuamos con la estrategia de renovación tecnológica para completar la instalación y puesta en marcha de distintos equipos como el acelerador lineal, el SPECT, el PET, la sala de electrofisiología de Cardiología, etc.

Para este año, con independencia de los objetivos que se nos marcan en el Plan Anual de Gestión desde la Gerencia Regional, tenemos otras líneas de trabajo, marcadas desde la gerencia del hospital, muchas de las cuales van a tener un gran impacto en la mejor asistencia a nuestros pacientes, como por ejemplo, la implementación de la Hospitalización a Domicilio, la apertura del Hospital de Día Infanto-Juvenil, la reforma de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Monte San Isidro y la finalización de la reforma del servicio de Urgencias. Por parte de la Gerencia Regional de Salud se ha aprobado el Plan Funcional, pendiente en este momento de la redacción del proyecto, para extender el área de la UCI actual, con una dotación de 16 camas para alcanzar un total de 28 camas y acondicionar una nueva Unidad de Reanimación con 16 camas. Otro objetivo muy importante para el hospital es continuar y aumentar los programas de calidad, con la acreditación de diferentes unidades y servicios, y también los programas de seguridad del paciente. Sin olvidar otra



de nuestras prioridades, que es la colaboración con las asociaciones de pacientes.

#### ¿CUÁL DIRÍA QUE ES EL RETO MÁS IMPORTANTE DEL CAULE EN ESTE MOMENTO?

En la línea de todo lo anterior, respecto a las personas, conseguir equipos estables y adecuadamente dimensionados y continuar con la renovación tecnológica dotando al hospital del mejor aparataje y técnicas diagnósticas y terapéuticas posibles. Por otro lado, la ampliación de la cartera de servicios y el desarrollo de unidades multidisciplinares para determinadas patologías.

La docencia y la investigación son para nosotros temas esenciales, que además influyen de forma directa en la mejor asistencia a los pacientes. Por último y muy importante, mejorar la calidad humana del proceso de atención sanitaria, dentro de las directrices establecidas en el Plan Persona 2021-2025 y asumiendo los retos marcados desde la Consejería de Sanidad. En este sentido hemos celebrado recientemente la "1ª Jornada de Humanización del Área Sanitaria de León" bajo el lema "La Humanización como herramienta transfor-

madora y participativa" con una gran participación de profesionales del hospital, para dar a conocer proyectos en marcha e implementar proyectos nuevos. Nuestro objetivo es mejorar el trato y la calidez en el entorno asistencial y la comunicación y escucha activa de las necesidades de los pacientes y de los acompañantes.

#### ¿CÓMO VE EL FUTURO DE LA ASISTENCIA SANITARIA? ¿CÓMO CREE QUE PUEDE AFRONTARSE EL GRAN DESAFÍO QUE SUPONE EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN LEONESA?

La atención sanitaria en la provincia de León tiene una serie de particularidades como son la dispersión geográfica y el envejecimiento de la población. Por eso tenemos el reto permanente de acercar los servicios sanitarios a los ciudadanos, atendiendo en muchos casos a pacientes crónicos, frágiles y con comorbilidades. En relación con este objetivo es necesario garantizar la continuidad de la asistencia, ofreciendo alternativas a la hospitalización convencional, apoyándonos en las tecnologías de la información y comunicación y desarrollando programas de atención sociosanitaria.

PUBLICIDAD



# 3

## Aceleradores plantan cara al cáncer

La batalla contra el cáncer se libra con tecnología. La apuesta del CAULE por los equipos de alta precisión permitirá beneficiar a más pacientes y ganar en eficacia. El nuevo acelerador lineal, ya operativo, fue donado por la Fundación Amancio Ortega y trata a una media de 40 pacientes diarios. Y en septiembre entrará en liza otro nuevo acelerador. Más de 900 pacientes se beneficiarán de la revolución tecnológica más puntera del centro hospitalario. En total: tres aceleradores se pondrán en primera línea del frente contra el cáncer.

Ganar en precisión. Atender a más pacientes. Poner cada vez más obstáculos al cáncer. Estos son los objetivos del nuevo acelerador lineal del Hospital de León, que comenzó a funcionar a finales de marzo y que viene a sustituir a uno más antiguo. Una máquina que está dispuesta a echar un pulso al cáncer con su indiscutible capacidad.

El acelerador, que ha contado con un presupuesto de 2.399.998,70 euros, fue donado por la Fundación Amancio Ortega y es actualmente el modelo más avanzado del mundo. La precisión es impresionante: su cabeza con microláminas dispara directamente contra el tumor evitando dañar a los tejidos cercanos. Pero también incorpora nuevas funcionalidades altamente mejoradas, como el sistema guiado del tratamiento por imagen y superficie corporal, así como energías con alta tasa de dosis que posibilitan tratamientos de alta precisión en pocas sesiones, como son la radioterapia esterotáxica corporal y craneal.

Estas funciones permiten no solo una precisión incontestable, evitando así el daño en órganos sensibles, sino que, al proporcionar dosis más fuertes de radiaciones ionizantes, se acorta la duración del tratamiento. El objetivo es que el paciente reciba menos sesiones. Serán más cortas en tiempo y en días. El resultado: el paciente pasará por sesiones de escasos minutos y un recorte en los días de radiación que oscilará de los 35 a 20 días para el tumor de cabeza o de 38 a 6 para el de próstata.

Pero no solo exhibirá estas proezas. El impresionante brazo del nuevo acelerador, un True Beam de la empresa Varian, dispone de un tubo de rayos que ejecuta un TAC y que la máquina compara con el TAC de control que se ha realizado previamente al paciente, de tal manera que el disparo se ajusta con precisión y si detecta la mínima desviación, se para. El acelerador está coordinado por el equipo de José Reyes Rodríguez, jefe del servicio de Oncología Radioterápica del complejo asistencial.

La ventaja que el uso de la alta tecnología tendrá sobre el paciente se notará también en las esperas. El nuevo acelerador podrá atender a 5.000 pacientes con tumores situados en lugares difíciles, como la cabeza, cuello o próstata. En la actualidad, 40 pacientes se benefician de su eficacia gracias al doble turno de mañana y tarde.



Un imponente bunker bajo tierra alberga el nuevo acelerador, inquebrantable tras sus muros de hormigón y una puerta de plomo que protege de las radiaciones. El bunker contó con un presupuesto de 1.092.907,09 euros a cargo de la Gerencia Regional de Salud, dependiente de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Alrededor del nuevo acelerador se han habilitado dos áreas de consultas, sala de espera, aseos, cabinas y vestidores.

#### REDUCIR SESIONES

Pero la gran apuesta tecnológica del CAULE no solo se centrará en el nuevo e impactante acelerador lineal de la Fundación Amancio Ortega, ubicado en un gran búnker, con todos los servicios tecnológicos necesarios, construido especialmente para él por el Sacyl. Previsiblemente a finales de agosto de 2023 comenzará a funcionar un tercer acelerador lineal que sustituirá al más antiguo de los dos actuales que están en uso. Se trata de otro modelo de la empresa Varian que ha sido financiado por el plan INVEAT con un presupuesto de 2.662.000 euros.

Conclusión: el complejo pasará de dos a tres aceleradores lineales. Esto repercutirá en un salto trascendental para el tratamiento oncológico, no solo desde el punto de vista cualitativo, ya que se reducirán los tiempos de espera y la duración de los tratamientos, sino también cuantitativo ya que se podrá atender a una media de 900 a 1.000 pacientes al año. Todo un logro que repercutirá en el bienestar de los usuarios del CAULE.

La tendencia en Oncología Radioterápica es la realización de técnicas hipofraccionadas (menor número de sesiones de tratamiento, pero de más dosis) y radioterapia estereotáxica (de 1 a 5 sesiones de tratamiento con altas tasas de dosis que permiten su administración en poco tiempo cada sesión).



*El nuevo acelerador podrá atender a 5.000 pacientes con tumores situados en lugares difíciles, como la cabeza, cuello o próstata*



PUBLICIDAD



## Unidad de Reumatología La calidad como propósito

Las enfermedades reumáticas afectan actualmente a uno de cada cuatro adultos en España. Precisamente, son la segunda causa de consulta en Atención Primaria, sólo por detrás de las infecciones respiratorias agudas. A consecuencia del progresivo envejecimiento de la población española, serán patologías cada vez más comunes y más necesitadas de una atención temprana. En este sentido, la Unidad de Reumatología del CAULE se esfuerza por brindar a un número creciente de usuarios una óptima atención con la mente puesta en proporcionar una mejora en su calidad de vida.

Quien más o quien menos, al tratar dolencias comunes, tiene una idea sobre cuál es el ámbito de actuación de la Reumatología. Para ser precisos, se trata de la especialidad centrada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades musculoesqueléticas (exceptuando las de origen traumático) y las llamadas enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas. Las primeras afectan a huesos, músculos y articulaciones, así como a los tejidos que los rodean, y se manifiestan mediante dolor, inflamación, rigidez, limitación de movimientos y deformidad. Por su parte, las segundas, como el lupus o la esclerodermia, pueden dañar a cualquier órgano del cuerpo. Por eso, requiere de una estrecha colaboración con otros servicios del Hospital.

Frente a la creencia popular de que estos problemas son propios de personas de edad avanzada, en realidad hay pacientes de todas las edades. No todo es gente mayor, claro. Las patologías más importantes se dan entre los 30 y los 40 años. Las espondiloartritis y el lupus sistémico llegan incluso antes. Más allá de los 50 años, pueden aparecer las mismas enfermedades y otras muy graves de diagnóstico frecuente como la arteritis de células gigantes.

El hecho de que afecten a gente de edades diversas, implica que, frecuentemente, haya pacientes jóvenes, en edad laboral, con la lógica pérdida de productividad laboral, bajas e incapacidades que ocasionan un impacto en la economía. Tanto es así que estos trastornos son, actualmente, la primera causa de incapacidad. Debido a la disminución de calidad de vida de los pacientes, puede originar la carencia de relaciones afectivas y la aparición de cuadros de ansiedad y depresión. De este modo, resulta fundamental que estos pacientes reciban un diagnóstico y tratamiento, lo más precoz posible, a cargo de un reumatólogo.

### LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL CAULE

Dado el amplio espectro de estas dolencias, en esta Unidad se atienden a pacientes con enfermedades muy heterogéneas. Las más habituales son las degenerativas como la artrosis, así como también la osteoporosis, las tendinopatías o la llamada patología de partes blandas. Sin embargo, las patologías que requieren un seguimiento evolutivo a largo plazo en consulta por su complejidad, y en las que es fundamental efectuar un diagnóstico y tratamiento precoces son las patologías inflamatorias y las enfermedades autoinmunes.

Precisamente, el peso de estas patologías puede reducirse notablemente con un estilo de vida saludable y, sobre todo, con un diagnóstico y tratamiento precoz seguido de un cuidado continuo. Si el tratamiento se realiza en un plazo breve, el daño articular y orgánico será menor y se evitará la progresión de la enfermedad, redundando en una mejor calidad de vida, que es, al fin y al cabo, el objetivo más importante de esta labor.



*Si el tratamiento se realiza en un plazo breve, el daño articular y orgánico será menor*

Actualmente, el equipo de Reumatología está integrado por seis adjuntos y un residente por año, dos enfermeras en hospital y una en cada centro de especialidades (José Aguado y La Condesa). La Unidad dispone de camas de hospitalización para ingresos y de hospital de día donde se pautan tratamientos intravenosos (pulsos de esteroides, diferentes terapias biológicas, ciclofosfamida, inmunoglobulina, ácido zoledrónico...).

Si bien todos los adjuntos atienden consultas generales, también hay consultas específicas monográficas de artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica, enfermedades autoinmunes sistémicas y consulta de transición de pediatría a edad adulta. Entre las técnicas que se realizan, están las ecografías y la infiltración ecoguiada, la capilaros-



copia, el estudio con microscopía óptica de líquido sinovial y la biopsia de glándula salivar.

Reumatología dispone también de una consulta semanal con Digestivo y otra con Neumología con el fin de evaluar conjuntamente casos comunes especialmente complejos. Además, también los profesionales de esta Unidad realizan sesiones a demanda con compañeros de otras especialidades.

#### LA MEJOR ATENCIÓN ES NUESTRA META

A causa de la evolución demográfica de nuestro país, con un aumento del 38% de la población mayor de 65 años, veremos un aumento de demanda de la asistencia reumatológica en los próximos años. Es más que previsible, entonces, que el número de pacientes, atendidos por los profesionales del CAULE crezca significativamente en el futuro.

Por eso, el principal reto que se vislumbra es satisfacer adecuadamente una demanda creciente en este servicio. Este incremento no sólo se explica por el envejecimiento de la población, sino también por la realización de un mejor diagnóstico de estas enfermedades. Precisamente, desde este servicio se constata, tal como indica la Dra. Elvira Díez, jefa de la Unidad, "un aumento muy evidente de la prevalencia de algunas patologías como las inflamatorias y las autoinmunes sistémicas".

Ante este escenario, Díez señala "la falta de personal" como principal obstáculo a superar. "Se precisa un tiempo adecuado para la valoración y atención correcta de cada paciente y, en muchas ocasiones, este tiempo es bastante escaso", añade la doctora. Todo ello con un propósito siempre presente, "ofrecer una reumatología de calidad" que mejora la satisfacción del usuario del servicio y, evidentemente, del profesional que le atiende.

Aunque, los médicos y el personal de enfermería se esfuerzan por asumir este número creciente de pacientes, optimizando los recursos disponibles, puede producirse,

en ocasiones, una saturación en nuestras consultas. En este sentido, Elvira Díez pide a los usuarios "comprensión y respeto a los profesionales, pues remamos todos en la misma dirección y nuestro objetivo es ofrecerles la mejor atención".

#### UN SERVICIO DE REFERENCIA

En 2009 la Unidad de Reumatología obtuvo la acreditación para la formación de médicos residentes del programa MIR, los primeros en Castilla y León. Es un logro para sentirse orgullosos, ya que no es una tarea sencilla al requerirse un gran volumen de trabajo para justificar la formación de especialistas.

Díez destaca el aporte que supone a la Unidad esta circunstancia que "enriquece nuestra especialidad y fomenta el aprendizaje y el intercambio de conocimientos, así como la necesidad de formarse y actualizarse continuamente". También, claro, precisa mucha dedicación por parte de unos profesionales generosos en su esfuerzo.

La acreditación es un indicador de la calidad del trabajo efectuado y "un estímulo más allá del trabajo asistencial para todos los integrantes del servicio". Además, "no solo formamos especialistas en Reumatología sino que colaboramos en la docencia de otros residentes como los de Medicina Familiar y Comunitaria, Rehabilitación, Farmacia, Inmunología, Neumología, Medicina Interna o Geriátrica", explica.

De este modo, se fomenta la realización de sesiones clínicas multidisciplinarias sobre diversos temas que "ayudan a mantenerse actualizados y moldear especialistas con un sistema de trabajo eficiente, que será nuestro reemplazo en el futuro".

Por otro lado, casi todos los integrantes del Servicio son investigadores en diversos proyectos clínicos y epidemiológicos. También realizan numerosas comunicaciones a congresos y publicaciones nacionales e internacionales, de forma autónoma o en colaboración con otros servicios del CAULE y servicios de reumatología de otras comunidades.



*"Ofrecer una reumatología de calidad" que mejora la satisfacción del usuario del servicio y, evidentemente, del profesional que le atiende.*

## ENFERMEDADES TRATADAS EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

En la unidad de Reumatología se atienden enfermedades muy diversas. Dependiendo de cuál sea el mecanismo y la causa de estas dolencias, las podemos agrupar en:

- Carácter **degenerativo**, como la artrosis.
- Carácter **inflamatorio**, como la artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis reactivas, artritis psoriásica.
- Debidas al **depósito de microcristales**, como la gota o la condrocalcinosis.
- Carácter **metabólico**, como la osteoporosis.
- Carácter **autoinmune** del tejido conectivo o conectivopatías (Lupus eritematoso sistémico, Sdr Sjögren, Esclerosis Sistémica, Miopatías...) y del tejido vascular o vasculitis entre otras.
- De origen **infeccioso**, como las artritis sépticas.
- De carácter **tumoral**, como las neoplasias del aparato locomotor y los síndromes paraneoplásicos.
- **Inflamación** de las estructuras periarticulares representadas por reumatismos de partes blandas (tendinitis, bursitis) o lumbalgias no traumáticas.



## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN A CARGO DE LA UNIDAD

- Respuesta inmune a las vacunas de ARNm frente a SARS-CoV2 en pacientes inmunodeprimidos.
- Genética en Arteritis de Células Gigantes (colaboración con el Hospital de Valdecilla).
- Determinantes de gravedad de COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas.
- Biomarcadores séricos de daño pulmonar en enfermedad pulmonar intersticial difusa estable y progresiva asociada a esclerosis sistémica.
- Generación de cohortes y caracterización multiómica del Síndrome de Sjögren (proyecto SSAD).
- Efecto de tratamiento inmunosupresores en la respuesta inmune frente a diferentes microorganismos en pacientes con enfermedades reumáticas.
- Respuesta a las vacunas contra el herpes zoster en pacientes tratados con inhibidores de JAK.

Además, participamos en registros de enfermedades a nivel nacional y europeo de Lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, Arteritis de Células Gigantes y Esclerosis Sistémica y Espondiloartritis.

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD



## Código Ictus

La jornada Código Ictus acogió en el Hospital de León a profesionales de toda la Comunidad.

El ictus es un reto fundamental para Castilla y León y una enfermedad en la que hay que incidir para disminuir su morbilidad y su mortalidad.

La jornada "Código Ictus en Castilla y León: atención al ictus en fase hiperaguda", se celebró el 14 de marzo en el Hospital de León y también vía streaming. El objetivo fue dar a conocer el procedimiento de actuación e intervención coordinado para la atención del paciente con Código Ictus (CI) en Castilla y León, llevado a cabo por los profesionales sanitarios intervinientes en el ámbito extra e intrahospitalario.

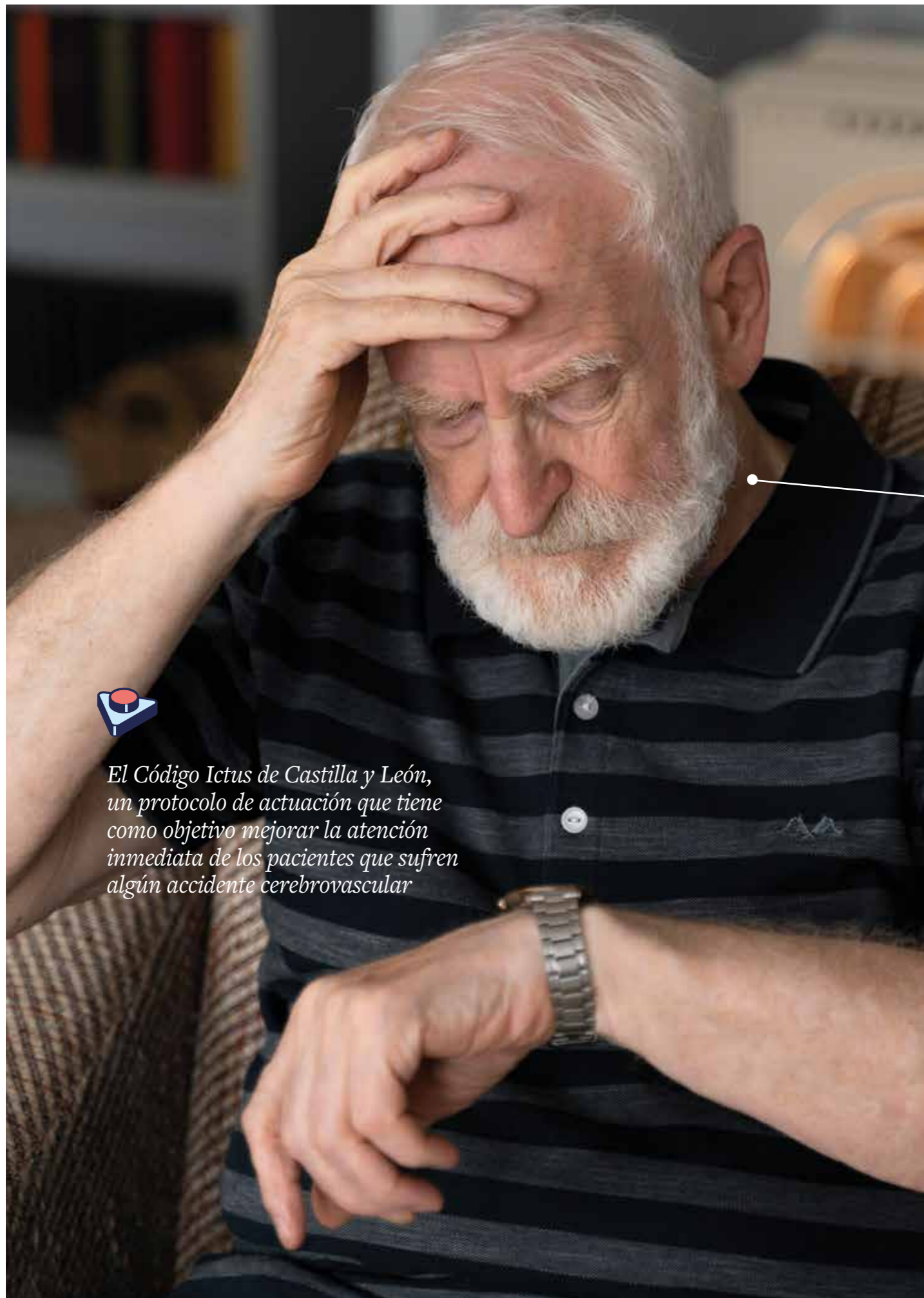
El ictus supone la causa de mortalidad más importante en la mujer y la segunda en el hombre con una elevada prevalencia, de manera que uno de cada cuatro ciudadanos está en potencial riesgo de sufrirlo a lo largo de su vida, mientras que uno de cada tres sufrirá secuelas importantes, lo que lo convierte en la causa más importante de discapacidad y otro tipo de enfermedades.

### TERRITORIO DISPERSO

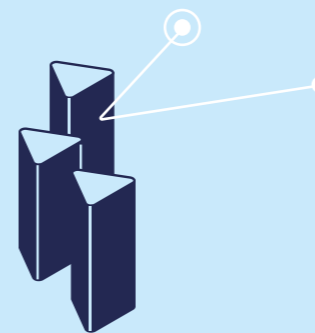
El Código Ictus de Castilla y León, un protocolo de actuación que tiene como objetivo mejorar la atención







*El Código Ictus de Castilla y León, un protocolo de actuación que tiene como objetivo mejorar la atención inmediata de los pacientes que sufren algún accidente cerebrovascular*



inmediata de los pacientes que sufren algún accidente cerebrovascular, persigue proporcionar a todos los habitantes de la comunidad, de la forma más equitativa y universal posible, el acceso precoz a las medidas que han demostrado ser capaces de reducir, de forma eficaz y segura, la mortalidad y la morbilidad causadas por el ictus.

Uno de cada siete pacientes que sufren un ictus acaba falleciendo, lo que lo convierte también en un problema muy importante desde el punto de vista del consumo de recursos sanitarios, debido a que el 70% de los ingresos en las unidades de medicina interna en la comunidad autónoma están debidos al ictus, donde el gasto asociado se estima en alrededor de 30.000 euros por paciente y año.

Todas estas circunstancias hacen que el ictus sea una enfermedad que, en un territorio disperso como es el de Castilla y León, obliga a garantizar que todos los pacientes cuenten con el mejor tratamiento independientemente de dónde residan. Así, se trata de un reto que exige la coordinación entre los servicios de Emergencia Sanitaria, Atención Primaria y urgencias hospitalarias, así como de medicina interna, neurología, cuidados intensivos para dar la mejor atención y evitar secuelas de mortalidad y grave daño de dependencia.

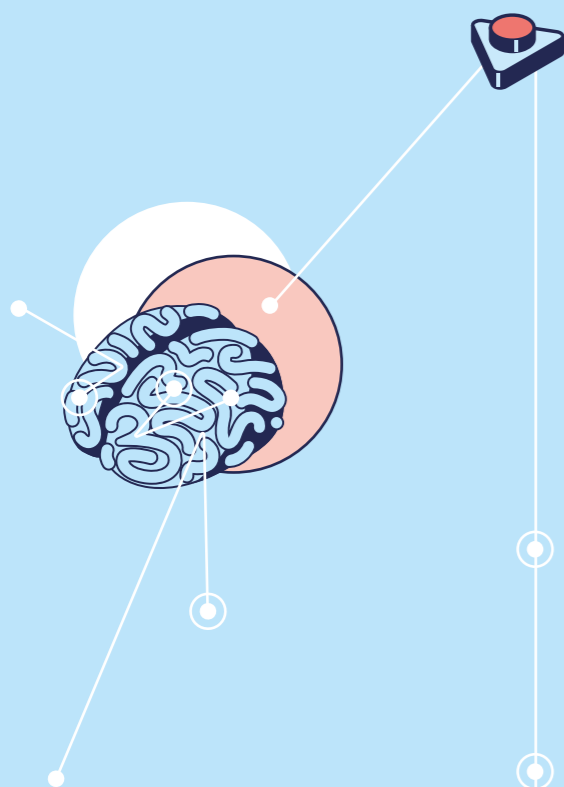


## Tiempo es cerebro

El cerebro es un órgano caracterizado por una alta demanda energética y, por tanto, por una dependencia elevada del aporte continuo de oxígeno y nutrientes, muy superior a la del miocardio. Una vez se produce la oclusión arterial intracraneal que origina la isquemia cerebral aguda, tiene lugar un proceso de conversión progresiva del área isquémica en infarto cerebral. Por cada minuto de retraso en el inicio del tratamiento de perfusión cerebral, mueren por término medio 1,9 millones de neuronas y se pierden 13.800 millones de sinapsis y 12 km de fibras axonales. Se estima que cada hora que el cerebro isquémico pasa sin tratamiento, se pierden tantas neuronas como en 3,6 años de envejecimiento normal.

Por tanto, realmente el tiempo es cerebro y la ventana de intervención para el ictus es más reducida que para el síndrome coronario agudo. En el caso del ictus isquémico, se sabe que retrasos de pocos minutos en el inicio de los tratamientos de perfusión arterial pueden suponer una disminución significativa de la probabilidad de alcanzar la independencia funcional al tercer mes. Un incremento de 15 minutos en el tiempo que se tarda en iniciar la trombólisis intravenosa, desde la llegada del paciente al medio hospitalario, puede suponer un incremento significativo de la mortalidad global y la tasa de readmisión. En este escenario, el proceso de detección y derivación de los pacientes con ictus a los centros capaces de prestar la atención más adecuada en cada caso tiene un impacto muy elevado sobre su pronóstico.





## Sistema de Código Ictus

Las medidas que han demostrado eficacia, a la hora de reducir la mortalidad y la morbilidad del ictus, consisten en la notificación urgente y el traslado prioritario de los pacientes con ictus durante las primeras horas de evolución clínica a un centro de ictus capaz de ofrecer atención especializada urgente y de administrar tratamientos altamente especializados en fase aguda.

### ACCESO A ATENCIÓN NEUROLÓGICA ESPECIALIZADA URGENTE

Una atención especializada urgente al ictus se asocia a menor riesgo de mala evolución y reduce la mortalidad y las complicaciones intrahospitalarias, incrementando el porcentaje de pacientes que quedan independientes después de haber sufrido un ictus.

### UNIDADES DE ICTUS

Son unidades hospitalarias especiales, integradas normalmente en los Servicios de Neurología, capaces de proporcionar cuidados semicríticos a los pacientes con ictus. Incluyen unas camas hospitalarias agrupadas y atendidas, situadas en áreas geográficas bien definidas e integradas por un equipo multidisciplinar coordinado, especializado, entrenado en el cuidado de los pacientes con ictus y que dispone de protocolos de actuación y manejo del paciente basados en la mejor evidencia científica disponible.

### TRATAMIENTOS DE REPERFUSIÓN

El objetivo del tratamiento trombolítico es la recanalización precoz de las arterias cerebrales ocluidas con la intención de reperfundir a tiempo el tejido cerebral amenazado por la isquemia. Son terapias tiempo-dependientes con ventanas terapéuticas estrechas porque el tratamiento más tardío pierde eficacia y además aumenta el riesgo de una complicación hemorrágica cerebral. No obstante, en los últimos años se han desarrollado técnicas de neuroimagen multimodal con resonancia magnética (RM) o TC, que permiten estimar el tejido cerebral salvable (penumbra) y diferenciarlo del ya infartado. Esto permite tratar a pacientes con ventanas más amplias.



PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

DESIRÉ ALIJA

## IX Jornada del Grupo Pie y Tobillo CyL Cirugía mínimamente invasiva (MIS)



### El Grupo

En 2009 se formó en el Hospital una Unidad de Pie y Tobillo, integrada por los Dres. Francisco Madera, Jaime Sánchez Lázaro y Óscar Fernández Hernández. Desde ese momento se ha desarrollado la formación y labor diaria en esa patología, alcanzando una alta especialización, acompañados actualmente de un nuevo integrante, la Dra. Ana Trapote.

La SEMCPT viene realizando de forma anual unas jornadas más específicas y monotemáticas, una reunión más formal, en la que hemos tratado diferentes patologías específicas, como el pie neurológico, la cirugía artroscópica, las fracturas de pie y tobillo o la cirugía deportiva, pospuesta al año pasa-

do debido a la pandemia COVID-19. Este año el tema de interés ha sido la cirugía mínimamente invasiva (MIS, mini-invasive surgery).

En la Unidad de Pie y Tobillo se realizan unas 600 cirugías al año, aunque esta estimación depende de múltiples factores, como el número de quirófanos anuales disponibles o la complejidad de las cirugías, que determinan el tiempo quirúrgico preciso. El número de cirugías complejas que se lleva a cabo es cada vez mayor, debido a la continua adquisición de conocimientos y experiencia, unido al desarrollo de nuevos materiales e instrumentales quirúrgicos que permiten realizar cirugías de alta complejidad, cirugías que en los inicios de la Unidad no se realiza-

El 24 de marzo de 2023 tuvo lugar la novena edición de la Jornada del Grupo Pie y Tobillo de la Comunidad de Castilla y León, un grupo de estudio surgido por parte de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo en su proyecto de crear grupos de estudio autonómicos.

Estas jornadas se realizan en diferentes hospitales de la comunidad de Castilla y León con cierta asiduidad desde su implementación en 2012 y en ellas participan entre diez y quince especialistas de diferentes hospitales que comentan de forma conjunta casos clínicos complejos, llegando a un consenso de tratamiento. Este formato, además, ofrece en ocasiones la posibilidad de valorar a pacientes *in situ*.

ban por falta de experiencia y que ahora se desempeñan de forma habitual y con fluidez.

De las 700 cirugías realizadas por los miembros de la Unidad en 2022; 104 se realizaron de forma urgente (fracturas, luxaciones, infecciones...) y 596 de forma programada. El 34% fueron de forma ambulatoria, es decir, sin necesidad de ingreso hospitalario. De entre las diferentes cirugías que se efectúan en la Unidad, destacan las fracturas, las deformidades del antepié (juanetes, dedos en martillo...), la cirugía deportiva (esguinces, lesiones osteocondrales, artroscopias de tobillo...) y la cirugía artrósica del pie y tobillo (artrodesis, osteotomías o prótesis de tobillo).

Además, algunos de los integrantes de la Unidad de Pie y Tobillo colabora con otros hospitales de la comunidad, realizando cirugías de alta complejidad allí donde se nos solicita formalmente.

#### Las Jornadas

Este año la IX Jornada del Grupo Pie y Tobillo de Castilla y León se ha centrado en la cirugía mínimamente invasiva, término que aún todo tipo de cirugías que se realicen mediante incisiones mínimas en el tejido, como una artroscopia, una osteosíntesis percutánea mínimamente invasiva (MIPO) de una fractura, o la corrección percutánea de las deformidades del pie. Ha sido justamente la corrección percutánea de las deformidades adquiridas del pie, el tema de discusión de la IX Jornada. Esta técnica quirúrgica consiste en la corrección de hallux valgus (juanetes),

deformidades de los dedos (dedos en garra, en martillo, etc.) y otras patologías, mediante osteotomías o fresados que se realizan mediante incisiones de 2-3mm, todo ello controlado mediante el uso continuo de la fluoroscopia, una técnica de rayos X en bajas dosis que permite la obtención inmediata de imágenes y vídeos en una pantalla fluorescente. Esta técnica permite el uso de múltiples imágenes durante la cirugía y con una mínima radiación acumulada.

En esta IX Jornada destacó la presencia del Dr. Mariano de Prado, precursor e impulsor de la cirugía percutánea en Europa. Tras formarse en los Estados Unidos, introdujo en Europa la cirugía MIS del pie, convirtiéndose en un referente en Europa y América en esta patología. La relación con él proviene de la época en la que el Dr. Mariano de Prado fue presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo (SEMPCT), tiempo durante el cual también Óscar Fernández Hernández desarrolló la labor de secretario de dicha Sociedad.

Siempre que se celebran estas jornadas se realizan cirugías en directo, acompañadas de charlas, ponencias y discusión de casos clínicos. Este formato de curso con cirugías en directo es poco frecuente entre la oferta de congresos médicos disponible en España, permitiendo a los asistentes no solo la posibilidad de interactuar con los cirujanos mediante la realización de preguntas o comentarios durante la cirugía, sino que, además, se explican esos pequeños trucos o gestos que pueden convertir una

cirugía en un proceso mucho más fácil o reproducible. Esto implica que la jornada resulte muy amena, existiendo cada año un mayor número de asistentes, véase esta última jornada, que contó con la asistencia de 170 personas.

El formato de esta jornada suele atraer a especialistas en pie y tobillo y médicos residentes de las comunidades autónomas cercanas, como Madrid, Extremadura, La Rioja, País Vasco, Cantabria, Asturias, Galicia e incluso de otros países vecinos, como Portugal. Tenemos una muy buena relación profesional con el grupo portugués del norte, compartiendo jornadas y días de quirófano, aprendiendo los unos de los otros lo que no se enseña en los libros.

Lo que se ofrece en esta jornada no es una práctica común, ya que la mayoría de los congresos médicos se basan en comunicaciones orales o posters, y algunos cuando ofertan casos prácticos utilizan huesos de plástico o cadáveres. El método de cirugías en directo presenta ciertas ventajas, ya que



*Colaboramos con otros hospitales de la Comunidad, realizando cirugías de alta complejidad allí donde se nos solicita formalmente.*



*En esta IX Jornada tuvimos el honor de contar con la presencia del Dr. Mariano de Prado, precursor e impulsor de la cirugía percutánea en Europa.*

*Elegir bien el calzado que utilizamos puede prevenir problemas mayores.*

muestra exactamente el desarrollo diario de la labor profesional, pero también presenta muchos inconvenientes debido al estrés que implica el directo, especialmente por la posibilidad de que aparezcan situaciones de difícil manejo como problemas con los medios audiovisuales o con el propio paciente, como una enfermedad de última hora que imposibilite la cirugía durante la jornada. Lo sencillo sería proporcionar unas jornadas tradicionales, cómodas de tratar, pero se empezó con este tipo de modelo y, a pesar del esfuerzo que supone, gusta mucho, y así se aprecia en la asistencia.

### Información práctica

#### SÍNTOMAS COMUNES DEL PIE

Lo más habitual, con diferencia, es todo lo que tiene que ver con la patología del antepié, en especial con el dedo gordo, desde un hallux valgus (desviación en valgo del dedo gordo, lo que se conoce como un juanete) o un hallux rigidus (artrosis del primer dedo), hasta todo lo relacionado con las deformidades de los dedos menores, como dedos en martillo, en maza o en garra, o problemas en la planta del pie, como las metatarsalgias (dolor o luxaciones metatarsofalángicas).

Otro tipo de patología, cada vez más frecuente, es la patología deportiva, consecuencia del aumento progresivo de la actividad física en la sociedad. Actividades frecuentes, como pueden ser el ciclismo o los deportes de montaña, sumados a la actividad deportiva urbana, han aumentado la incidencia de lesiones deportivas como las fracturas, las lesiones tendinosas por sobrecarga o las roturas de tendones de Aquiles, resultados típicos, o bien de actividades explosivas como pueden ser el fútbol o el pádel, bien de las inestabilidades de tobillo secundarias a un esguince mal tratado.

Los esguinces de tobillo se tratan habitualmente mediante reposo, antiinflamatorios y hielo en la fase aguda, y un correcto tratamiento rehabilitador posterior que proteja al tobillo de nuevas lesiones. Una inestabilidad de tobillo es lo que vulgarmente se conoce como un "esguince mal curado", una rotura

crónica de los ligamentos del tobillo que causan sensación de inestabilidad, repetición continua de esguinces y dolor crónico, siendo en este caso cuando los pacientes pueden beneficiarse de una cirugía, generalmente artroscópica, que le devuelva la estabilidad a ese tobillo. Una inestabilidad crónica también puede causar lesiones del cartílago, como las lesiones osteocondrales o la patología degenerativa que desencadenará una artrosis de tobillo a largo plazo.

#### NOVEDADES EN CIRUGÍA

Las mejoras en los instrumentales quirúrgicos facilitan la labor del cirujano. En la patología del pie y tobillo, las prótesis de tobillo avanzan continuamente, tanto en el instrumental como en los implantes, y con materiales que aumentan la durabilidad de los componentes.

También se han obtenido mejoras en los instrumentales e implantes a utilizar en las fracturas, disponiendo de instrumentales quirúrgicos que permiten la reducción cerrada de algunos tipos de fracturas y la fijación mediante técnicas MIS, con la implantación de grandes placas por pequeñas incisiones.

Novedades en esta área, como el uso de clavos de peroné, permiten el desarrollo de nuevos conceptos quirúrgicos que autorizan el apoyo precoz de pacientes de avanzada edad a los que una larga convalecencia les podría afectar de forma muy negativa desde el punto de vista sistémico.



*Este formato de curso con cirugías en directo es poco frecuente entre la oferta de congresos médicos disponible en España.*



Cada día aparecen nuevas técnicas quirúrgicas en medicina que, en ocasiones, mejoran a las previamente existentes. La cirugía de pie y tobillo posiblemente sea una de las que más ha avanzado en los últimos años en León debido a la relativamente reciente aparición de una Unidad cada vez más especializada en la patología de esta región anatómica.

#### PREVENCIÓN Y CONSEJOS

Un buen cuidado del pie puede evitar muchos problemas. Lo fundamental es un buen uso del calzado, que sea cómodo y que no produzca roces o apriete indebidamente el pie. Un exceso de tacón causa una considerable inclinación del antepié que predispone a causar problemas en el antepié; un tacón demasiado pequeño tiende a estirar el tendón de Aquiles pudiendo causar problemas en el retropie; un calzado con suela muy fina no nos aísla del suelo y transmite a la planta todas las imperfecciones del terreno. Elegir bien el calzado que utilizamos puede prevenir problemas mayores.

El calzado se inventó para proteger el pie, no para modificar nuestra estatura ni estilizar la figura, aunque en muchos casos, especialmente en mujeres, es habitual el uso de un calzado bonito, pero inadecuado. Está demostrado que el calzado es uno de los factores extrínsecos que pueden condicionar a problemas en los pies.

Más allá de esta recomendación médica, existen otros muchos factores intrínsecos que no se pueden controlar, como el sexo o la genética. En este caso, la mujer tiene mayor predisposición a sufrir hallux valgus a lo largo de su vida, al igual que lo tendrá alguien cuyos padres o abuelos también hayan padecido de este problema.

Del mismo modo, con la edad vamos teniendo mayores problemas en los pies, dado que los tejidos no son los mismos que cuando somos jóvenes, lo que deriva en una pérdida de los mecanismos de compensación, que a lo largo de la vida han mantenido un pie patológico asintomático. La pérdida de estos mecanismos de compensación

causa dolor en unos pies que nunca presentaron dolencias, precisando en ocasiones de plantillas para sustituir esta compensación natural que todos tenemos.

No hay cirugía preventiva del pie y no está indicado operar un hallux valgus asintomático solo por estética. Esto es un error y es algo que hay que evitar. Solo se debe operar el pie sintomático, independientemente del aspecto clínico o radiográfico. Si no es doloroso es contraproducente operarlo; ese pie puede seguir siendo asintomático durante muchos años. Es preferible tener un pie feo asintomático, que un pie bonito doloroso. La cirugía debe continuar siendo el último recurso, ya que no está exenta de posibles complicaciones.

No obstante, la mejor recomendación cuando aparece dolor o deformidad en los pies es poner tu pie en buenas manos, es decir, acudir a un especialista en cirugía del pie y tobillo que pueda valorar si es suficiente con un tratamiento conservador con fisioterapia, vendajes, antiinflamatorios, plantillas, etc. o, en el peor de los casos, si es preciso recurrir a la cirugía.



*La cirugía de pie y tobillo posiblemente sea una de las que más ha avanzado en los últimos años en León.*

PUBLICIDAD



## Premios de Investigación CAULE 2022

Elena Bollo de Miguel, directora médica del Complejo Asistencial Universitario de León, fue la encargada de entregar los Premios de Investigación CAULE 2022 destinados a residentes. Cristiana Sieiro Santos obtuvo el primer premio por el trabajo "Clinical phenotype in scleroderma patients based on autoantibodies" y el primer accésit por el proyecto "Factors associated with adverse pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus". Por su parte, Irene Latras Cortés consiguió el segundo accésit por el trabajo "Medir discapacidad en Enfermedad Inflamatoria Intestinal con IBD-disk es posible en práctica clínica".

Durante el acto de entrega, la directora médica agradeció la labor de la comisión de investigación por su organización, así como por su trabajo, y destacó la triple labor de un centro asistencial como el CAULE, en el que además de en la labor asistencial se trabaja en la docencia y la formación de nuevos profesionales sanitarios y en la investigación.

La directora médica también puso de relieve la apuesta de la Gerencia por la investigación, recordando la reciente visita al Hospital de León del consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, y de la directora general de Investigación en Terapia Celular y Medicina Regenerativa, Pilar Gayoso, junto al director del Instituto de Salud Carlos III, Cristóbal Belda, para participar en una reunión conjunta de trabajo.

Además de la directora médica, en el acto intervino el investigador del CAULE Octavio Rivero Lezcano, quien resaltó que la importancia investigadora de un centro sanitario redundaba en el prestigio del propio centro y de sus servicios. Al mismo tiempo destacó la importancia de que los residentes tengan una visión científica de su profesión, lo que les permitirá realizar lecturas críticas e instaurar las líneas de investigación futuras.



■ MARÍA JOSÉ PRIETO

## Cristiana Sieiro Santos

Primer premio y primer accésit de Investigación 2022 del CAULE

# “La investigación es clave para el progreso”

Cristiana Sieiro Santos, graduada en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela, es residente de 4.º año en el CAULE. Obtuvo el primer Premio de Investigación 2022 por el trabajo “Clinical phenotype in scleroderma patients based on autoantibodies” y el primer accésit por el proyecto “Factors associated with adverse pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus”.

Ambos galardones fueron acogidos con un gran entusiasmo: “son un buen incentivo para los residentes porque se consiguen oportunidades de divulgación y promoción para nuestro trabajo”, destacó Cristiana Sieiro. En este sentido, señaló que “la investigación es clave para encontrar respuestas. En realidad, la esclerosis sistémica y el lupus eritematoso sistémico no son enfermedades tan raras. De lo que se trata es de diagnosticar y tratar para evitar daños orgánicos irreversibles. Para esto es importante colaborar de forma multidisciplinar con otros servicios y la derivación a Reumatología desde Atención Primaria cuando hay sospecha de una enfermedad autoinmune sistémica”.

Sieiro lanza así un mensaje: “La clave está en la detección precoz. Las enfermedades autoinmunes si se detectan pronto, se hace un seguimiento adecuado y tratamiento precoz, se consigue la reducción de la mortalidad y mejoría de la calidad de vida”.

El primer Premio de Investigación 2022 tuvo como objeto el estudio de la esclerosis sistémica (SSc), una enfermedad crónica que afecta al tejido conectivo y se caracteriza por fibrosis de la piel y los órganos internos. En este aspecto, la investigación resulta sustancial para conocer cómo los distintos tipos de anticuerpos en esclerosis sistémica pueden asociarse a la expresión de un fenotipo clínico y esto permitirá proporcionar una atención personalizada a las personas que padecen la enfermedad.

Tal y como determina en su estudio: “Clásicamente, los anticuerpos anticentrómero (ACA) se asocian a la afectación cutánea limitada, y los anticuerpos anti-topoisomerasa I (Scl-70) se asocian a la difusa. Sin embargo, dividir la esclerosis sistémica en función de la afectación cutánea podría ser demasiado simplista, lo que

significa que podríamos pasar por alto un espectro más amplio de la enfermedad. En nuestro estudio, analizamos la expresión de anticuerpos, los órganos afectados por la enfermedad y las tasas de supervivencia durante un periodo de 15 años en personas con SSc. Descubrimos que las personas con autoanticuerpos Scl-70 tenían mayor riesgo de afectación de orgánica, incluida la afectación pulmonar, independientemente del fenotipo cutáneo. Esto sugiere que las personas con autoanticuerpos Scl-70 deben ser vigiladas atentamente para detectar una enfermedad pulmonar. La comprensión de estos factores de riesgo podría ayudar a un diagnóstico más precoz y a un mejor tratamiento de la enfermedad en personas con SSc”.

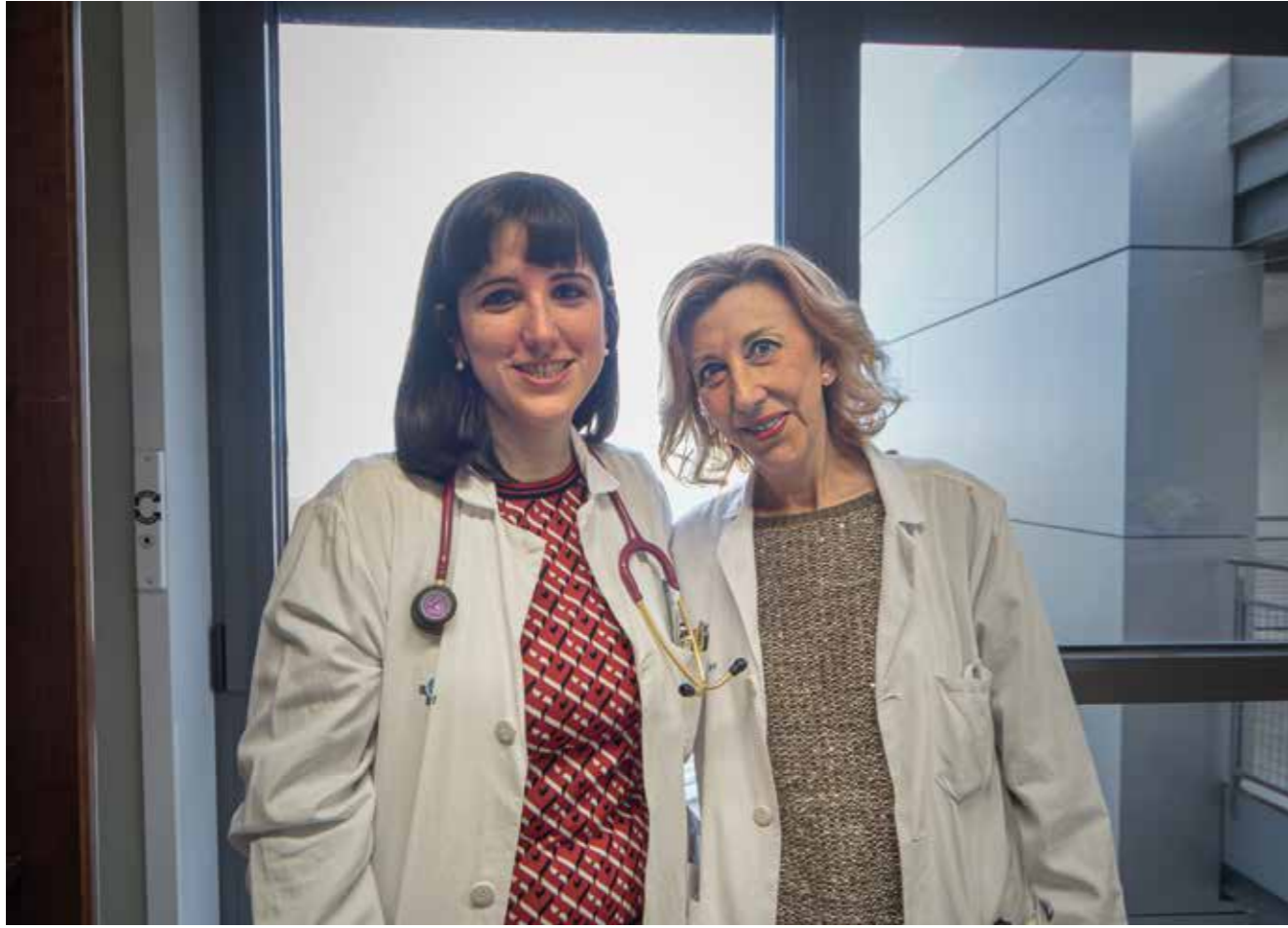
La conclusión del estudio revela que “los resultados proporcionan nuevos caminos en el diagnóstico precoz y una evaluación adecuada del pronóstico de la enfermedad, y podrían arrojar más luz sobre la esclerosis sistémica y una estratificación más precisa del riesgo de los pacientes”.

### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El primer accésit recayó en el estudio de las complicaciones obstétricas durante el embarazo de pacientes con LES. El lupus eritematoso sistémico se asocia a



*“Si las enfermedades autoinmunes se detectan pronto, se hace un seguimiento adecuado y un tratamiento precoz, se consigue la reducción de la mortalidad y mejoría de la calidad de vida”*



importantes complicaciones maternas, obstétricas y complicaciones neonatales como pérdida gestacional, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, y preeclampsia. Además, el embarazo en pacientes con LES puede estar acompañado de un mayor riesgo de nuevos brotes de la enfermedad, tanto durante el embarazo como en el puerperio que puede comprometer el pronóstico obstétrico.

"El lupus es una enfermedad muy heterogénea. No es lo mismo un paciente con lupus con afectación articular, que un paciente con afectación renal. Debido a la multitud de manifestaciones, el diagnóstico de LES puede ser difícil. Es clave una detección precoz y un tratamiento dirigido para lograr una baja actividad de la enfermedad", señala Cristiana.

En este sentido cabe resaltar que "antes a las mujeres con lupus que querían quedarse embarazadas prácticamente se les decía que ni lo intentarían. Hoy sabemos que con una detección precoz, un tratamiento adecuado y una actividad baja de la enfermedad al menos 6 meses antes de la concepción y durante el embarazo pueden llevar a término su deseo gestacional al igual que una mujer sana. El asesoramiento y la planificación del embarazo en pacientes con lupus son esenciales para garantizar resultados óptimos del embarazo", puntualiza Sieiro.

Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia de resultados adversos del embarazo, comparar las características de las pacientes con LES con comorbilidades en el embarazo con los controles y determinar posibles predictores de resultados adversos del embarazo.

Las conclusiones del estudio revelaron que "los datos ponen de relieve la mejora de los resultados del embarazo de las pacientes con lupus en las últimas décadas gracias a un control adecuado de la enfermedad antes del embarazo y el tratamiento, especialmente con hidroxicloroquina.

El resultado más desfavorable del embarazo en mujeres con LES fue el aborto espontáneo. La afectación renal, la positividad para anti-DNAbs, anticuerpos antifosfolípidos, anti-Ro/SSA, la elevación de los reactantes de fase aguda como la VSG y el debut de la enfermedad a una edad más joven aumentaron el riesgo de complicaciones del embarazo".



*"Antes a las mujeres con lupus que querían quedarse embarazadas prácticamente se les decía que ni lo intentarían. Hoy sabemos que, con una detección precoz, un tratamiento adecuado y una actividad baja de la enfermedad al menos 6 meses antes de la concepción y durante el embarazo pueden llevar a término su deseo gestacional al igual que una mujer sana"*

PUBLICIDAD





■ MARÍA JOSÉ PRIETO

Irene Latras Cortés

Segundo accésit Premios de Investigación 2022 del CAULE

## Midiendo discapacidad desde las consultas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede llegar a afectar gravemente a la calidad de vida. Por esta razón, se hace necesario conocer cómo afecta a los pacientes en su día a día, qué implicaciones tiene en su estado físico, pero también emocional y psicosocial, buscando no solo la remisión intestinal sino integral.

Irene Latras Cortés es residente de Digestivo de 4.º año y ha logrado el segundo accésit de los Premios de Investigación CAULE 2022 por el trabajo: "Medir discapacidad en Enfermedad Inflamatoria Intestinal con IBD-disk es posible en práctica clínica".

El IBD-disk es una de las dos herramientas validadas para evaluar la discapacidad en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se trata de una herramienta sencilla que facilita la comunicación entre pacientes y profesionales para ayudar en otros aspectos de la enfermedad diferentes al intestino.

El IBD-disk es un disco, una esfera, dividida en diez sectores, en la que cada sector refleja la vida del paciente: dolor abdominal, control de deposiciones, dolor articular, vida laboral, relaciones interpersonales, sueño, energía, emociones, imagen corporal y función sexual. Se recoge en una puntuación del 0 al 10 siguiendo una escala descendente-ascendente, es decir, cuanto más cerca se puntúe del 10 la calidad de vida será peor, y cuanto más se acerque al 0, será mejor.

"Es un método sencillo que, a un primer golpe de vista, da una idea de la discapacidad y calidad de vida", señala Irene. "El tiempo en las consultas es limitado por eso buscábamos una herramienta rápida que nos permitiera medir discapacidad en práctica clínica de forma sen-

cilla, pero queríamos conocer la aceptación y valoración del paciente antes de su uso de forma rutinaria en los pacientes", destaca.

### PRÁCTICA CLÍNICA

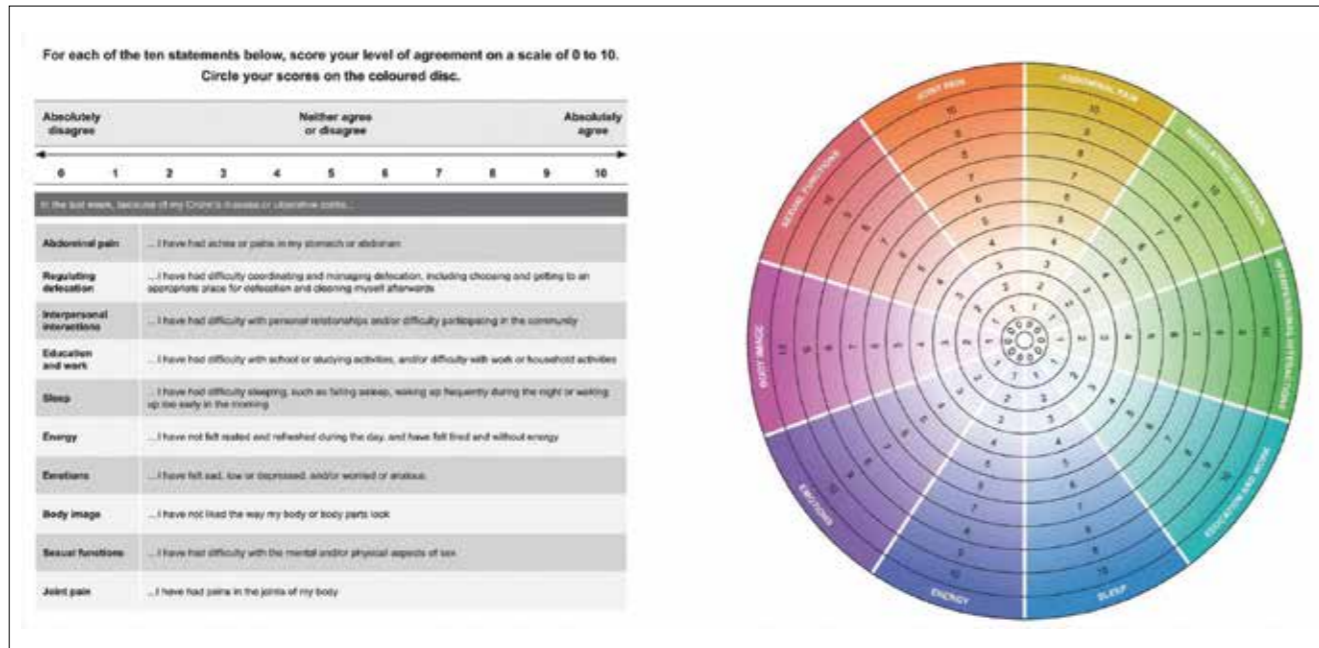
La medición estuvo basada en un estudio prospectivo, no intervencionista, de práctica clínica habitual, en la que se recogieron variables clínicas, analíticas y demográficas de pacientes diagnosticados de EII (total de 60 pacientes). Se midió la discapacidad según el IBD-disk (puntuación global del IBD-disk > 40), el tiempo consumido en rellenarlo y la satisfacción con la herramienta.

"En el IBD-disk se incluyen aspectos que no resultan fáciles de abordar en la consulta, por la limitación del tiempo o por la intimidad que conlleva, como por ejemplo la vida sexual. En este sentido, la herramienta sirve para analizar estos temas de una manera más sencilla porque el propio paciente puntúa cómo vive su enfermedad", indica Latras Cortés.

Los resultados del estudio revelaron que la discapacidad estaba presente en el 33,33% de los casos. El 34,09% de los sujetos con la enfermedad intestinal controlada (remisión) tenía discapacidad. Los ítems en los que presentaron mayor discapacidad fueron energía, sueño y dolor articular y se tardó una media de 2 minutos en completar el disco, lo cual es asequible para



*El IBD-disk es una herramienta visual, rápida y muy bien aceptada por el paciente con EII*



*La esfera está dividida en diez sectores, en la que cada sector refleja la vida del paciente: laboral, sexual, social, afectiva...*



realizarlo en las consultas. La satisfacción global fue muy alta, con el 100% de los pacientes recomendando el uso de este instrumento en práctica clínica.

La conclusión del estudio es que el IBD-disk es una herramienta visual, rápida y muy bien aceptada por el paciente con EI, para medir la discapacidad en las consultas. Precisamente, conocer el nivel de satisfacción con esta herramienta resulta crucial antes de su instauración en la práctica clínica habitual. En este sentido, Irene puntualiza que "cada vez más, la medicina está encaminada hacia la calidad de vida, de ahí que se tienda a unos tratamientos más personalizados, más enfocados hacia el paciente".

Tras este estudio, se ha pensado, por parte de los profesionales de la unidad EI que atienden a estas personas, en cómo poder ayudar en los aspectos que más discapacidad producen y que derivarán en actuaciones específicas, buscando la discapacidad cero en estas personas.

PUBLICIDAD

## Calidad y calidez

### El reto de la humanización en la I Jornada del CAULE

¿Qué significa humanizar la atención sanitaria? ¿Qué experiencias y proyectos se están llevando a cabo para mejorar la calidad humana de la asistencia? ¿Qué retos y oportunidades se presentan para los profesionales en este campo? ¿Cuáles son las habilidades clave para la humanización? Estas fueron algunas de las cuestiones que se abordaron el pasado 12 de abril en la I Jornada de Humanización del Área Sanitaria de León, organizada por el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) y la Comisión de Humanización del Área de Salud de León.

Bajo el lema "la humanización como herramienta transformadora y participativa", la jornada fue un espacio de encuentro, de reflexión y de aprendizaje, donde profesionales del CAULE y de Atención Primaria compartieron las experiencias y los proyectos que se están ejecutando en el área de León para mejorar la humanización de la atención sanitaria. Los participantes coincidieron en que humanizar es tener en cuenta toda la parte emocional y de los sentimientos de los pacientes y sus cuidadores en todas las fases de la asistencia hospitalaria y promover la formación, la investigación y la innovación en este campo.

La jornada contó con la presencia del gerente del CAULE, Alfonso Rodríguez-Hevia González, que inauguró el acto destacando la importancia de buscar el equilibrio entre "la calidad y la calidez" en la atención sanitaria, siguiendo las directrices del Plan Persona 2021-2025 y los retos marcados por la Consejería de Sanidad.

El gerente elogió el trabajo que se está realizando desde la Comisión de Humanización del Área de Salud de

León, que integra tanto la atención hospitalaria como la primaria, para mejorar la calidad humana del proceso de atención sanitaria en el que intervienen profesionales, pacientes, acompañantes o cuidadores "Somos personas que trabajamos para personas, con dos pilares básicos: los profesionales y los pacientes. Por eso, debemos potenciar una labor facilitadora que haga de puente y que apoye la comunicación entre el profesional y el paciente, cuidando la relación que se establece entre ambos", manifestó Rodríguez-Hevia.

Por su parte, la coordinadora de Calidad del CAULE, Marta Eva González, y presidenta de la Comisión de Humanización, organizadora de la jornada, explicó que el principal objetivo de la misma "ha sido compartir conocimiento, actividades e inquietudes en el ámbito de la humanización y dar difusión a las actividades que estamos realizando en el marco del Plan Persona y la estrategia de humanización del SACYL".

"Se trata de recuperar el poder de los sentidos que la objetividad científica y la velocidad nos han hecho perder", señaló la presidenta de la Comisión



de Humanización del área de León. "La Humanización es tener presente las emociones, los sentimientos. Todo lo intangible que rodea a los pacientes y sus familias. Tenemos los mejores profesionales, sin duda, y la tecnología. Queremos tener también el mejor trato", puntualizó.

La primera ponencia de la jornada corrió a cargo de Manuel Cortes Blanco, especialista en Medicina Preventiva del CAULE, que compartió su experiencia como médico de las fuerzas de paz del Ejército Español y la ONU en varios países

y contó los cuentos que aprendió en diferentes culturas, que le ayudaron a conectar su trabajo con la sociedad y a humanizar la sanidad.

A continuación, intervinieron Manuel Arrellano Armisen, vicepresidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, que habló sobre "El modelo de excelencia de las organizaciones sanitarias en la involucración de pacientes", e Inés de Francisco Heredero, responsable de Comunicación de la Gerencia Sanitaria de Segovia, que presentó algunos programas culturales que se



*"La Humanización es tener presente las emociones, los sentimientos. Todo lo intangible que rodea a los pacientes y sus familias."*

*Tenemos los mejores profesionales, sin duda, y la tecnología. Queremos tener también el mejor trato."*



*“Somos personas que trabajamos para personas, con dos pilares básicos, los profesionales y los pacientes, por eso debemos potenciar una labor facilitadora que haga de puente y que apoye la comunicación entre el profesional y el paciente, cuidando la relación que se establece entre ambos”*

desarrollan en el Hospital segoviano bajo el título “Comunicación Afectivo-Efectiva: todo un arte”.

Los dos ponentes fueron presentados por Laura Callejo González, jefa del Servicio de Cuidados, Atención a la Cronicidad y Humanización del SACYL, que también explicó las principales líneas de actuación del Plan Persona en el que participó.

Después del descanso del mediodía, se celebró una mesa coloquio moderada por Marta Eva González Pérez. En ella participaron Mónica Sierra Ausín, responsable de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del CAULE y especialista en Aparato Digestivo, que habló sobre “Mapa del viaje del paciente de Enfermedad Inflamatoria Intestinal”. Marta Cembranos del Castillo, supervisora del Servicio de Pediatría, que expuso su intervención “Hacia un servicio de Pediatría de cuento”. Silvia López Sanz, del equipo de Atención Primaria del centro de Salud José Aguado I, que ofreció la ponencia “Trabajando por el desarrollo pleno para personas con trastorno del espectro autista”.

Las últimas intervenciones fueron las de Fernando Escalante Barrigón, especialista en Hematología y director de la Unidad de Investigación del CAULE, que presentó la iniciativa “Café con tu Hematólogo” y Juan de Ortiz de Urbina González, jefe del Servicio de Farmacia, que explicó las líneas del “Plan Estratégico para la Humanización de Farmacia”.

La jornada se cerró con la entrega del primer premio del Concurso de Ideas de Humanización al proyecto “Discapacidad cero en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal” de la Dra. Mónica Sierra y su equipo, que consiste en facilitar el acceso a los baños y a las consultas a los pacientes con esta patología, así como ofrecerles información y apoyo psicológico; el segundo fue para el trabajo “Solo escuchando podemos mejorar”, del Servicio de Cirugía General y Digestiva, que recogió Tomás Elosua, y el tercero para el proyecto “Implantación Atención farmacéutica Telemática”, que recogió Juan José Ortiz de Urbina. Los accésits otorgados por el jurado fueron para María José Martínez Fernández de la Unidad de Trabajo Social con la idea “Voluntariado CAULE”, Fernando Jesús Ramos Ortega de la Unidad de Hematología Clínica con el proyecto “Hospital Directo” y para María Fernanda Molina Gómez y Julia Ruiz-Oliva Cortés ambas autoras del trabajo “La Humanización Unidad de Cuidados Intensivos”.

La I Jornada de Humanización del Área Sanitaria de León despertó gran interés y fue un éxito de participación, y sirvió para poner en valor el trabajo que se está realizando en el área sanitaria de León para mejorar la humanización de la atención sanitaria. También fue una oportunidad para intercambiar ideas, sugerencias y propuestas para seguir avanzando en este camino y para implicar a todos los agentes implicados en este proceso: profesionales, pacientes, familiares, asociaciones y administración.



*La Dra. Mónica Sierra y su equipo reciben el primer premio del Concurso de Ideas de Humanización con un proyecto sobre la ‘Discapacidad cero en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal’*

PUBLICIDAD

## CONCURSO

## Tres proyectos para humanizar



## PRIMER PREMIO

*Discapacidad cero en la enfermedad inflamatoria intestinal*

**Mónica Sierra Ausín**

RESPONSABLE UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



## ¿CÓMO Y CUÁNDO SURTIÓ LA IDEA DEL PROYECTO?

La idea de este proyecto viene ya de hace tiempo. Un pequeño estudio en nuestras consultas nos develó que uno de cada tres pacientes presenta discapacidad a pesar de que la enfermedad intestinal se encuentre en remisión. La razón estriba en que es una enfermedad que afecta a otros aspectos como son el dolor articular, la fatiga, el sueño y el dolor abdominal, presente en un 40 % de las personas con esta patología.

## ¿EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO?

La realización de cuatro talleres presenciales con un grupo reducido de personas para que pueda ser interactivo. Cada taller trabajará uno de los principales aspectos no controlados y responsables de esa discapacidad: dolor abdominal, fatiga, sueño y dolor articular. Por último, evaluaremos si hay mejoras en la puntuación total de discapacidad y en cada una de las variables que tenían un mayor impacto.

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO?

Nuestro trabajo es cuidar a las personas con problemas de salud, que además en este caso, son personas vulnerables por el hecho de tener una enfermedad crónica que limita y condiciona su vida en muchos aspectos (laboral, social y emocionalmente). Nuestro compromiso está al lado de esas personas, intentando adaptar también nuestros cuidados junto con los tratamientos que prescribimos con evidencia científica. Ser amables, empáticos, acompañar y escuchar, adaptar los procesos asistenciales a las necesidades de las personas, deberían ser nuestras mejores píldoras, junto con el resto de los tratamientos específicos y actuaciones sanitarias que ofrecemos. Los sentimientos son muy importantes, y cómo hacemos sentir a las personas impacta positiva o negativamente también en la enfermedad.



## SEGUNDO PREMIO

*“Acogida afectiva y efectiva a través de pacientes referentes, una solución comunitaria. solo escuchando podemos mejorar”*

**Tomás Elosua**

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

## ¿CÓMO Y CUÁNDO SURTIÓ LA IDEA DEL PROYECTO?

La ayuda de pacientes expertos o referentes la llevamos utilizando en la unidad de inflamatoria desde hace muchos años. Son pacientes que ayudan a los pacientes tras el nuevo diagnóstico, antes de las cirugías y en momentos complicados. Tienen mucha experiencia, no solo por haber vivido la enfermedad en primera persona, sino por la ayuda continua a pacientes en situaciones similares. Desde la gestión de trámites hasta proporcionar las respuestas a preguntas sencillas pero muy importantes para el enfermo: ¿cuándo me operarán? ¿no están tardando mucho? ¿me dolerá? ¿podré dormir con mi pareja? ¿seré capaz de coger a mi hijo en brazos? Estas ayudas desde una vertiente más cercana minimizan las consultas sanitarias, generan confianza de los pacientes al proceso y disminuyen la ansiedad.

## ¿EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO?

Hemos creado este programa para ofrecer un trato más cercano a los pacientes, más cálido, cómodo y accesible; y partiendo de la base que a los profesionales nos falta el conocimiento intrínseco de haber padecido estas enfermedades. Las incógnitas que tenemos nosotros, los profesionales sanitarios, no siempre son las que les importan a los pacientes. Hemos ideado este programa para estos pacientes referentes para ofrecerles cursos y herramientas con el fin de que estén más formados, y así en vez de centrarnos exclusivamente en la enfermedad, cambiamos hacia un modelo más proactivo, holístico de empoderamiento comunitario de las personas.

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO?

La pandemia nos ha cambiado mucho la forma de hacer las cosas, sobre todo en lo que respecta a la humanización. El coronavirus supuso un golpe muy importante para el trato humano en el proceso asistencial hospitalario, sobre todo en las primeras olas de la pandemia del covid. Todos recordamos cómo los pacientes tuvieron que estar solos, aislados y con miedo en sus habitaciones, sin contacto humano, sin la calidez de los suyos y del profesional sanitario que les trataba. No les pudimos atender como nos hubiera gustado, y de ello hemos aprendido para mejorar.



## TERCER PREMIO

*Implantación Atención Farmacéutica Telemática*

**Juan José Ortiz de Urbina González**

## ¿CÓMO Y CUÁNDO SURTIÓ LA IDEA DEL PROYECTO?

El proyecto de la telefarmacia surgió por la covid-19 para atender a los pacientes vulnerables en sus domicilios con la entrega de medicación y el seguimiento cercano. Llegamos a superar los 3.200 pacientes atendidos en sus domicilios y con más de 120 rutas de transporte que cubrieron 12.000 km. Hoy en día, el proyecto se mantiene para los pacientes que lo necesitan según criterios sociales y sanitarios y se adapta a la realidad geográfica y demográfica de León. El proyecto continúa la línea de humanización y calidad del Servicio de Farmacia del CAULE, que ha sido reconocida por la fundación Humans con el certificado de humanización y calidad al área de atención a pacientes externos por la atención prestada al paciente. Este gesto muestra la gran determinación de este servicio por humanizar la labor farmacéutica para conseguir una atención sanitaria centrada en el paciente.

## ¿EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO?

El fin del proyecto es mejorar la experiencia del paciente con medicamentos hospitalarios mediante un modelo de telefarmacia combinada entre el ámbito hospitalario y rural. El proyecto facilita el acceso del paciente a los medicamentos, mejora la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, los resultados de salud, el empoderamiento y la autonomía del paciente, y la atención farmacéutica global. El proyecto se basa en la cooperación multidisciplinar y en el uso de la tecnología.

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO?

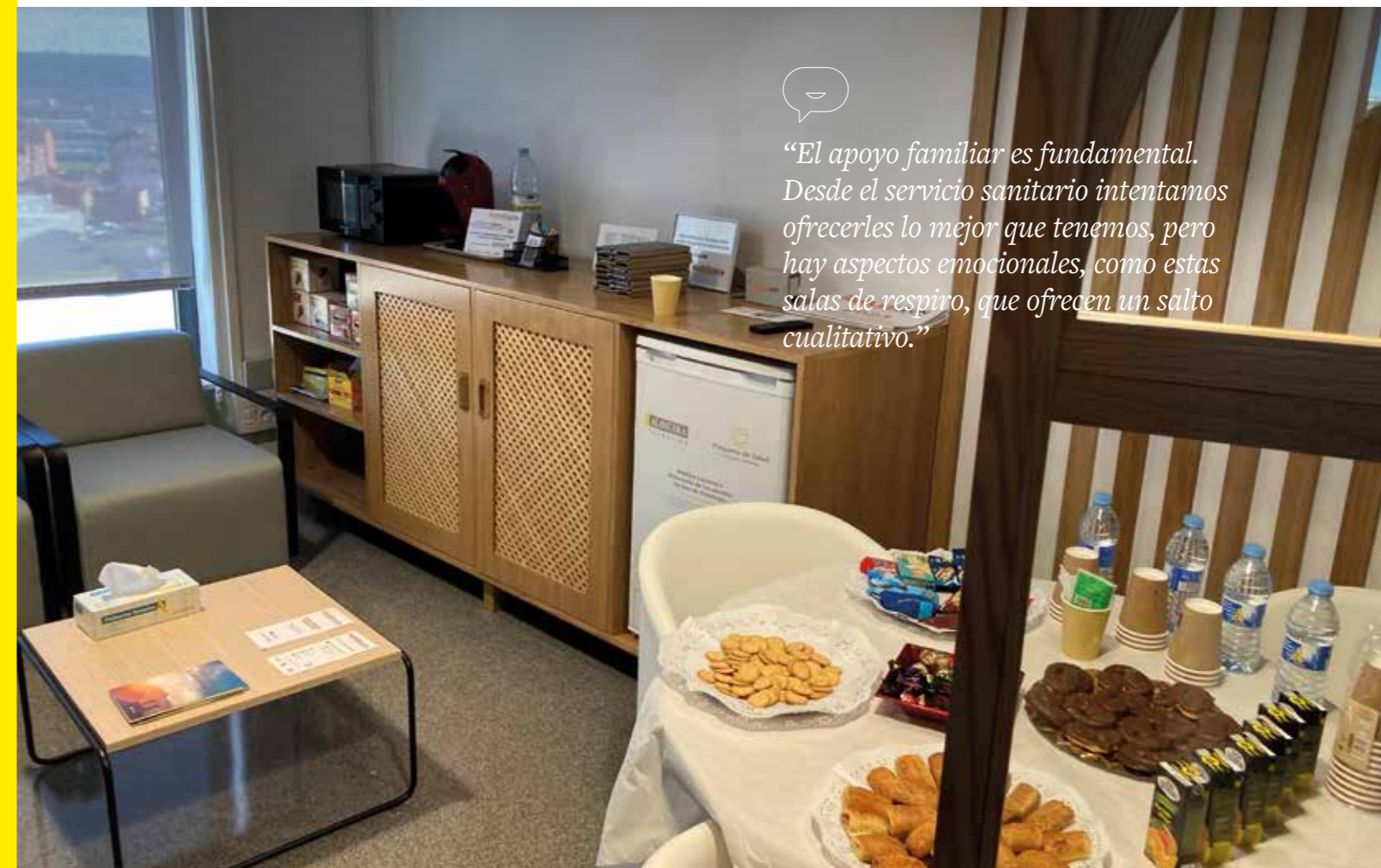
La humanización en el ámbito hospitalario es clave para mejorar la atención del paciente, que es el protagonista del sistema sanitario. El servicio de farmacia tiene como objetivo prestar una asistencia farmacéutica efectiva, segura, eficiente, integral y humanizada, respetando los derechos y las necesidades de los pacientes. Para ello, se desarrollan proyectos que mejoran la comunicación, la gestión de las citas, la conciliación familiar y laboral y la acreditación. La humanización no solo es una cuestión de filosofía del cuidado, sino también de resultados de salud.

PUBLICIDAD

MAR ROMÁN

## Un respiro para mejorar el bienestar de los pacientes de Hematología y sus familias

Un espacio de tranquilidad para los días más difíciles en el Hospital. Así se podrían describir las dos nuevas salas de respiro que el Hospital de León ha inaugurado para los pacientes y familiares del Servicio de Hematología. Estas estancias, en las que se ofrece un ambiente acogedor y familiar y equipadas con todo lo necesario para un descanso fuera de las habitaciones y los pasillos del centro sanitario, forman parte del Programa de Humanización de la Sanidad, que busca mejorar el bienestar emocional de los pacientes y familiares durante el tratamiento de la enfermedad.



*“El apoyo familiar es fundamental. Desde el servicio sanitario intentamos ofrecerles lo mejor que tenemos, pero hay aspectos emocionales, como estas salas de respiro, que ofrecen un salto cualitativo.”*



El pasado 25 de enero el Hospital de León puso en marcha dos salas de respiro para familiares de pacientes que se encuentran ingresados en el servicio de Hematología, con el fin de ofrecerles un espacio de confort y apoyo emocional fuera del entorno clínico. Estas salas son un servicio de carácter preventivo que consiste en proporcionar un alojamiento temporal donde los pacientes y sus acompañantes puedan relajarse y desconectar en los momentos difíciles y largos que conlleva la hospitalización.

Ubicadas en la planta octava del edificio Virgen Blanca, estas dos habitaciones con vistas de León y con un mobiliario acogedor, que se asemeja más a las de un apartamento que a las de un centro hospitalario, han recibido los nombres Más cerca de ti y Dónde tú estés, como muestra del compromiso y la solidaridad de las entidades implicadas con las personas afectadas por las enfermedades hematológicas.

Los pacientes del servicio de Hematología padecen una enfermedad grave que afecta a su sangre y a su sistema inmunológico, y requieren una atención continua, pero, sobre todo, de un soporte emocional permanente por parte de sus familia-

res y amigos durante su hospitalización. Estos cuidadores necesitan a su vez un respiro para aliviar la tensión y la carga que supone esta situación en sus vidas.

Los dos espacios han sido cedidos por el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) para ser gestionadas por la Asociación Leonesa con las Enfermedades de la Sangre (ALCLES). Fueron remodelados y equipados por la Fundación Alimerka, con una inversión de 10.000 euros. Además, Alimerka se encarga del abastecimiento continuo de productos para las salas, que disponen de sofás, cafetera, nevera, microondas, televisión, juegos de mesa y todo lo necesario para crear un ambiente acogedor y familiar.

En la presentación de las dos estancias participaron la directora médica del CAULE, Elena Bollo, el jefe de Servicio de Hematología, José Antonio Rodríguez, el director de la Fundación Alimerka, Antonio Blanco, y la presidenta de ALCLES, Nonia Alejandre. También asistieron la subdirectora de Enfermería, Ana Belén Alonso, y el supervisor Miguel Torres Miñones. Los cinco valoraron como "muy importante" la necesidad de ofrecer un espacio

de confort y apoyo emocional fuera del entorno clínico.

La directora médica del CAULE, Elena Bollo, destacó que el hospital trabaja desde 2011 en distintos proyectos de humanización, enmarcados en el Plan Persona 2021-2025 de la Consejería de Sanidad. "Tenemos una comisión de Humanización, en la que también está integrada Atención Primaria y en la que trabajamos el trato, la calidez en el entorno asistencial y la comunicación y escucha activa de las necesidades de los pacientes y de los acompañantes", señaló Elena Bollo.

Por su parte, José Antonio Rodríguez, jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia, ha explicado que estas salas son importantes, no solo por la cantidad de personas que las usan (unas 400 al año), sino también "por las características de estos pacientes, ya que en muchos casos se trata de ingresos muy prolongados".

"El paciente que acude para un trasplante o un paciente que tiene una leucemia aguda necesitan ingresos superiores a las tres semanas, en algunos casos hasta de 2 meses. Esto hace que el número de estancias anuales que estamos

teniendo se va aproximando a las 5.000 estancias. Además, por las características de muchos de estos pacientes es recomendable que estén acompañados porque se encuentran en mal estado; el apoyo familiar es fundamental. Desde el servicio sanitario intentamos ofrecerles lo mejor que tenemos, pero hay aspectos emocionales, como estas salas de respiro, que ofrecen un salto cualitativo", afirmó José Antonio Rodríguez.

El director de la Fundación Alimerka, Antonio Blanco, manifestó su agradecimiento al CAULE y a ALCLES por permitirles ampliar el Programa de Humanización Hospitalaria en León. "Empezamos a través de la Asociación Española Contra el Cáncer, con un programa de apoyo, y con ALCLES estábamos colaborando también a través de las viviendas que tienen frente al hospital, para los pacientes desplazados. Esta oportunidad nos pareció fundamental porque nuestro mayor interés es que las familias y el personal sanitario pueda usarlo y que nos vayan transmitiendo las posibilidades de mejora; son proyectos vivos que iremos adaptando progresivamente", resaltó Antonio Blanco.

La presidenta de ALCLES recordó la importancia de escuchar a las asociaciones de pacientes y explicó el proceso hasta conseguir las salas actuales. "Agradecemos este logro y avance para mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares oncohematológicos. Las salas de respiro de la planta de hematología es uno de nuestros principales servicios y fue también, en su momento, uno de nuestros grandes retos", expresó.

La presidenta de ALCLES también puso de relieve lo bien recibido que ha sido el espacio: "Algún enfermo sale a comer a estas salas a veces para cambiar un poco de ambiente y hemos podido ver cómo, en la época del Covid, el espacio permitió a una familia celebrar ahí la Navidad. Son detalles pequeños, pero muy importantes para el día a día del paciente con los que nos sentimos totalmente comprometidos".

Todos coinciden en que ese es el objetivo que esperan cumplir con Más cerca de ti y Dónde tú estés: crear un oasis de descanso y esperanza dentro del Hospital de León para pacientes y acompañantes en momentos difíciles.



*Los dos espacios han sido cedidos por el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) para ser gestionadas por la Asociación Leonesa con las Enfermedades de la Sangre (ALCLES).*

*Fueron remodelados y equipados por la Fundación Alimerka, con una inversión de 10.000 euros.*

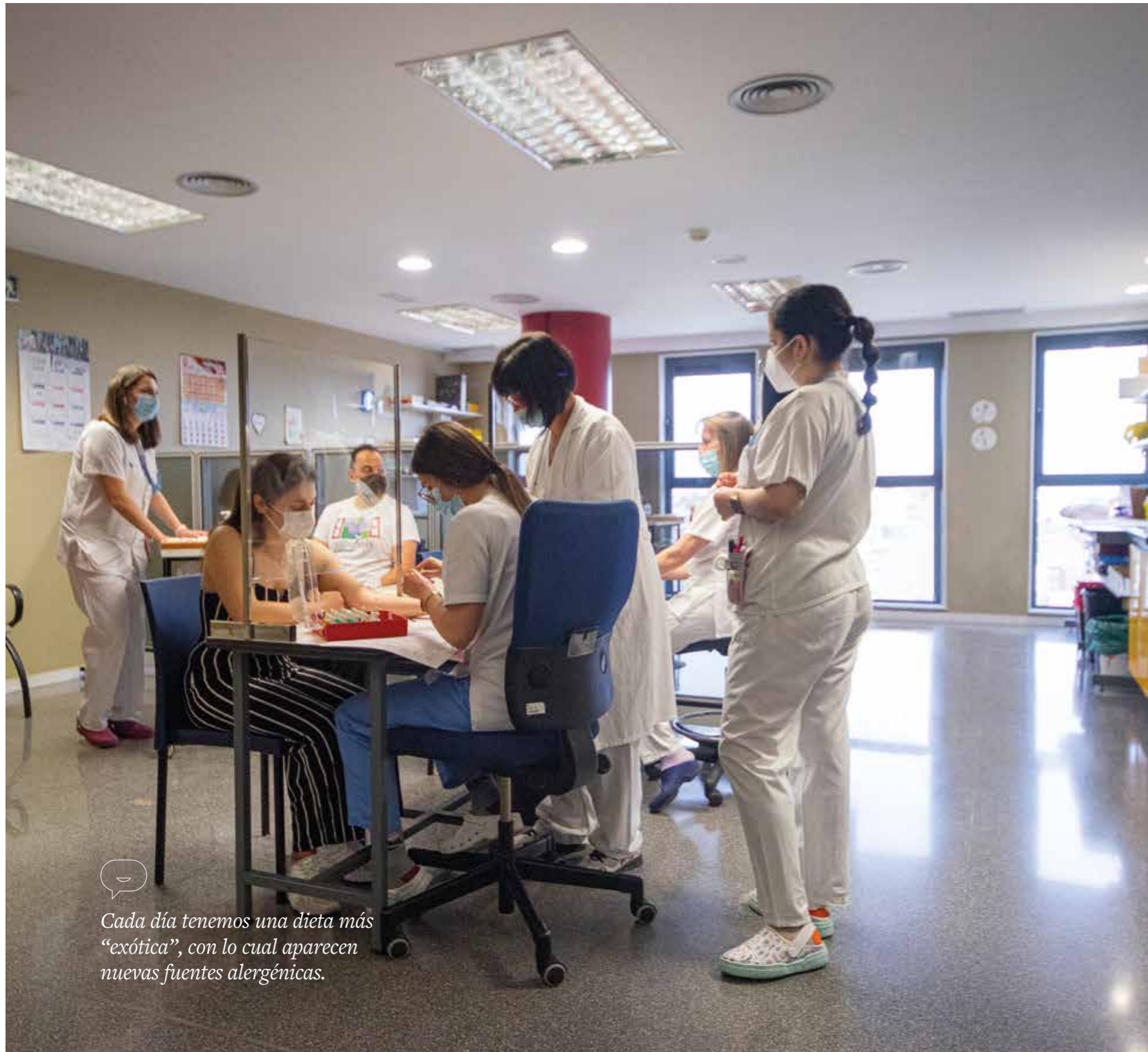
PUBLICIDAD

CARLES LLUSÀ BATLLORI



La primavera  
y sus alergias





*Cada día tenemos una dieta más “exótica”, con lo cual aparecen nuevas fuentes alergénicas.*



*Hace unas décadas se proponía la introducción tardía de determinados alimentos de riesgo alérgico en la dieta infantil, lo que hoy está discutido, matizado o rebatido.*

La primavera es, por excelencia, el momento en el que las alergias están más presentes. El Dr. Juan Luís Estrada, jefe de servicio del departamento de alergología del CAULE, nos responderá y ayudará a comprender más sobre las causas relacionadas con el aumento de la incidencia de las alergias en la actualidad.

**LAS ALERGIAS SON UNAS PATOLOGÍAS MUY COMUNES EN NUESTRA SOCIEDAD ¿SE HA DETECTADO ALGÚN TIPO DE AUMENTO EN DICHAS PATOLOGÍAS?**

En términos generales, la alergia no está aumentando actualmente. Ya hace un par de décadas que se sitúa entre el 15 y el 25 % de la población en los países desarrollados.

**¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN ENTRE EL AUMENTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL Y LA INCIDENCIA DE LAS ALERGIAS?**

Se ha insistido en que las partículas emitidas por los motores diésel pueden vehicular alérgenos ambientales y aumentar la oferta a pacientes alérgicos en entornos urbanos.

**¿EN QUÉ MEDIDA INFLUYEN LOS CAMBIOS EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL DESARROLLO DE ALERGIAS ALIMENTARIAS?**

Cada día tenemos una dieta más “exótica”, con lo cual aparecen nuevas fuentes alergénicas. Es de destacar el síndrome látex-frutas, cuando la sensibilización inicial es a través de éstas últimas y no de la exposición inhalativa a partículas de látex, o la alergia a la soja y al cacahuete, también cada vez

más presentes. Finalmente, se ha insistido en que las nuevas técnicas de cultivo pueden generar un mayor estrés hídrico en alimentos habituales en nuestra dieta, lo cual los lleva a producir una mayor cantidad de proteínas alergénicas y luego una mayor sensibilización.

Ahora, nos gustaría conocer un poco más sobre los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento disponibles para las personas que padecen alergias.

**¿QUÉ MEDIDAS PUEDEN TOMAR LAS PERSONAS PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE ALERGIAS?**

La prevención primaria, es decir, evitar la aparición de la sensibilización es complicada e incluso la opinión general cambia radicalmente de década a década. Por ejemplo, hace unas décadas se proponía la introducción tardía de determinados alimentos de riesgo alérgico en la dieta infantil, lo que hoy está discutido, matizado o rebatido.

**¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE DIAGNOSTICAR UNA ALERGIA?**

Los aeroalérgenos por las pruebas cutáneas clásicas, conocidos como prick-test. Los alimentos, realizando test cutáneos con el alimento en fresco, prick by prick. Estos son métodos diagnósticos para conocer la fuente alergénica. Es decir, el alimento concreto (por ejemplo, melocotón o tomate) o el aeroalérgeno concreto (por ejemplo, el gato). Si queremos conocer la proteína que desarrolla la alergia o componente alergénico (por ejemplo, la albúmina, las lipocalinas, la Fel d1 del gato, o la arginin-esterasa del perro, etc.), deberíamos ir



animales de compañía. Existe una población agraria, lo que facilita sensibilizaciones inhalativas más peculiares como los cereales u otros componentes de los piensos, ganado, aves... Entre el resto de los pólenes, no ha llegado aún la alergia al ciprés como puede suceder en Madrid, en cambio, el polen de oleáceas, no por el olivo, sino por otros integrantes de la familia como el aligustre o el fresno, es elevada. Al norte de la provincia se pueden dar sensibilizaciones a pólenes más exclusivos de la cornisa cantábrica como el avellano o el abedul.



a estudios analíticos, determinando IgE específica a cada componente (proteína) alergénico por separado.

#### ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS MÁS EFECTIVOS PARA LAS ALERGIAS?

Evitar la exposición es parcialmente efectivo frente a algunos aeroalérgenos (por ejemplo, los pólenes, ácaros), muy efectivo a otros aeroalérgenos (por ejemplo, animales). Además, es la principal medida de tratamiento frente a alimentos. En este último caso es la base del tratamiento, si bien, en los últimos años, se han desarrollado pautas de desensibilización frente a algunos alimentos (leche y huevo), que se indican en pacientes seleccionados y sobre todo en la población infantil.

Además, es importante hablar sobre las alergias más recurrentes en la población.

#### ¿CUÁLES SON LAS ALERGIAS MÁS COMUNES QUE SE PRESENTAN EN LA CIUDAD DE LEÓN?

Los leoneses son alérgicos sobre todo al polen de gramíneas y a los

#### ¿QUÉ MEDIDAS PREVENTIVAS Y TRATAMIENTOS EXISTEN PARA LAS ALERGIAS MÁS COMUNES?

Aparte de las medidas de evitación ya comentadas, la inmunoterapia con extractos alergénicos es útil en pacientes con alergia respiratoria (asma o rinoconjuntivitis), y para finalizar la prescripción de tratamientos farmacológicos es obligatoria por su eficacia indiscutible, rápida y universal.



*Los leoneses son alérgicos sobre todo al polen de gramíneas y a los animales de compañía*

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

CARLES LLUSÀ BATLLORI



## La conjuntivitis y las nuevas tecnologías



*Está demostrado que el riesgo de miopía es menor si los niños están en espacios abiertos y reducen el uso de dispositivos*



Las nuevas tecnologías conllevan un desgaste ocular muy elevado, fomentando problemas oculares que también van muy ligados a la climatología. Para resolver estas dudas, contamos con el Dr. Manuel Franco, oftalmólogo y jefe de servicio del CAULE. Contamos con el Dr Manuel Franco, oftalmólogo y jefe de servicio del CAULE, con quien hablamos de las enfermedades más comunes del ojo.

#### **¿QUÉ ES LA CONJUNTIVITIS Y CUÁLES SON SUS PRINCIPALES SÍNTOMAS?**

Consiste en la inflamación de la mucosa que envuelve el globo ocular y cursa fundamentalmente con clínica de enrojecimiento, sensación de arenillas o cuerpo extraño y lagrimeo. Puede tener o no asociada secreción.

#### **¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA CONJUNTIVITIS?**

Víricas: en este grupo la causa más frecuente es el Adenovirus, es muy contagiosa además de poder provocar en los casos de mayor inflamación opacidades en la córnea que pueden comprometer la agudeza visual de manera permanente. Las conjuntivitis bacterianas que, a diferencia de las víricas, cursan con abundante secreción (en las víricas predomina el lagrimeo) y en general responden bien al tratamiento antibiótico. Por último, están las conjuntivitis alérgicas (frecuentes en esta época) cuyo síntoma principal es el picor que obliga (especialmente a los niños) a frotarse con frecuencia lo cual empeora la clínica.

#### **¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA CONJUNTIVITIS Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES?**

Pues algo tan simple como la higiene previene muchos de estos cuadros infecciosos. Curiosamente durante la pandemia apenas vimos conjuntivitis ni tampoco infecciones corneales (queratitis) y esto se explica porque el lavado de manos o uso de gel evitó la principal fuente de contagio. Otras enfermedades oculares, como son las degenera-

tivas y, por lo tanto, asociadas a la edad, no son fáciles de prevenir. Lo único que podemos hacer es un diagnóstico temprano con un examen ocular, ya que algunas -como el glaucoma- son asintomáticas y el daño que genera en el nervio óptico es irreversible.

Ahora, nos gustaría conocer un poco más sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento disponibles para las personas que padecen enfermedades del ojo.

#### **¿CUÁL ES EL MEJOR MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES OCULARES?**

Nuestro diagnóstico es siempre con equipos que recogen imágenes (con diferentes métodos) o medidas de las distintas estructuras del globo ocular. Los diagnósticos y las decisiones terapéuticas no las podríamos tomar sin estos equipos que cada vez nos dan informaciones más precisas. De todos ellos el que en cierto modo ha revolucionado nuestra especialidad es la Tomografía óptica de coherencia (OCT) que genera unas imágenes de cualquier parte del ojo (aunque es más usado en retina) con resolución de micras y es comparable a un examen histológico.

#### **¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS MÁS EFECTIVOS PARA LA CONJUNTIVITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL OJO?**

Si la conjuntivitis es vírica usamos colirios antisépticos y antiinflamatorios. Si es bacteriana usamos un colirio antibiótico y otro antiinflamatorio. En las alérgicas hay que evitar la exposición al agente cau-

sante y son útiles los colirios que combinan antihistamínicos y antiinflamatorios. En todas asociamos colirios lubricantes frecuentes.

Como tratamientos efectivos para otras enfermedades oculares cabe destacar la revolución que ha supuesto en los últimos 15 años el empleo de medicaciones antiangiogénicas para algunas degeneraciones maculares y la patología vascular retiniana. Hemos pasado de no poder ofrecer nada a muchos de estos pacientes a realizar en la actualidad cerca de 10.000 procedimientos anuales de inyecciones intravítreas. Con esta medicación hemos logrado que muchos pacientes mantengan una visión útil que les permite ser autónomos con lo que eso supone en calidad de vida para ellos y su entorno familiar.

#### **¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA PROGRESIÓN DE ENFERMEDADES DEL OJO COMO EL GLAUCOMA O LA DEGENERACIÓN MACULAR?**

El glaucoma no se previene, todos tenemos cierto riesgo de padecerlo en especial si hay antecedentes familiares, miopía o un cuadro que se llama pseudoexfoliación (que es más prevalente en el noroeste de España y vemos con cierta frecuencia). La degeneración macular tiene un apellido que es "asociada a la edad" lo que significa que tampoco es fácil prevenirla. Pero sí sabemos que el consumo de tabaco y una dieta pobre de frutas y verduras favorece su aparición.

Es importante destacar la relación entre el uso de las nuevas tecnologías y las enfermedades del ojo.



**¿CÓMO PUEDE AFECTAR EL USO PROLONGADO DE DISPOSITIVOS DIGITALES A LA SALUD OCULAR? ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LAS PANTALLAS ACTUALES Y LAS MÁS ANTIGUAS?**

El uso de pantallas, sea un ordenador, una tableta o un móvil, ha supuesto que toda la población de los países desarrollados o en vías de desarrollo han cambiado sus hábitos de vida y de repente estamos asistiendo a una epidemia de la miopía. Los niños han renunciado a jugar en espacios abiertos, al aire libre, en la calle, como se hacía siempre y a menudo los padres son cómplices de esos comportamientos pues el niño está más tranquilo y controlado mirando la tableta a su lado. A eso hemos de sumar que las muchas horas (ocio o trabajo) que pasamos detrás de una pantalla suponen mantener una atención constante en un texto o unas imágenes, lo cual se asocia con una disminución del parpadeo que favorece la evaporación de la película lagrimal y un ojo seco secundario.

Idealmente, los niños deben recuperar horas de juego al aire libre y, en general, debemos descansar regularmente mientras trabajamos con pantallas. Es popular la regla 20-20-20: mirar a lo lejos (20 pies, que son unos 6 metros) cada 20 minutos durante 20 segundos.

Hubo informaciones alarmistas y poco científicas sobre la toxicidad de la luz azul proveniente de pantallas. La luz azul la tenemos también en los fluorescentes y las lámparas LED, pero la principal

fuente de luz azul es el sol. No es ese tipo de luz la causa de la fatiga ocular en el empleo de pantallas sino lo antes comentado sobre el exceso de uso sin descanso.

**¿EXISTEN MEDIDAS PREVENTIVAS QUE SE PUEDAN TOMAR PARA REDUCIR EL RIESGO DE ENFERMEDADES OCULARES RELACIONADAS CON EL USO DE TECNOLOGÍA?**

Está demostrado que el riesgo de miopía es menor si los niños están en espacios abiertos y reducen el uso de dispositivos. Especialmente desaconsejado es el uso de tabletas o móviles antes de dormir y en ambientes de poca luz porque además se interfiere en el ritmo del sueño.



*Durante la pandemia apenas vimos conjuntivitis ni tampoco infecciones corneales (queratitis) y esto se explica porque el lavado de manos o uso de gel evitó la principal fuente de contagio*

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

LUIS TEJEDOR

## Enfermería en Cuidados Paliativos Remediar el sufrimiento y acompañar a los pacientes

El Hospital Monte San Isidro, integrado en el CAULE, alberga la Unidad de Cuidados Paliativos. Aquí, las profesionales de Enfermería están determinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes ingresados, dentro la dificultad de sus circunstancias, y a mitigar el sufrimiento de sus familias. No sólo se precisa una cuidada formación y una experiencia avanzada, estos cuidados requieren de un trato humano, constatable en cada día de trabajo. La gratitud de pacientes y allegados certifica las buenas prácticas de las enfermeras.



Dentro de las distintas especialidades que alberga una estructura sanitaria como la del Hospital de León, la Unidad de Cuidados Paliativos tiene un enfoque muy específico. Así, esta área del CAULE, ubicada en el Monte de San Isidro, está destinada a la atención de pacientes total, activa y continuada, de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. Bien podría decirse, entonces, que el objetivo básico es proporcionar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar modificar la supervivencia.

Por esta razón, el papel de la enfermería en Cuidados Paliativos, dentro de la concreción de su tarea, tal como indica Nieves Larren, "abarca y aúna diversas perspectivas como la física, psicológica, social y emocional para ofrecer una atención de calidad y el mejor acompañamiento al enfermo hasta el último de sus días". Aquí el enemigo con el que se deben batir el cobre es el dolor y el sufrimiento, ya sea físico o psicológico, para aliviar todo malestar y todos los signos negativos que acompañan a los enfermos y a sus familiares.

No se trata de sólo administrar medicamentos, y hacerlo bien, sino de ir un paso más allá. La principal misión de la Unidad de Cuidados Paliativos del CAULE es mejorar la calidad de vida de sus pacientes, por muy complicada que sea esta tarea.

Como en todas las especialidades del Hospital, hay una parte asistencial. La otra tiene, pues, una vocación integral enfocada en todas las dimensiones del enfermo como persona. Para darle la importancia debida estos cuidados se tiene en cuenta que el paciente cuenta con unas necesidades individuales, concretas y específicas en continuo cambio y evolución. Por eso, como explica Larren, "los cuidados de enfermería ha sido concebidos en doble sentido del significado que tiene cuidar en esta profesión. Los cuidados como aplicación de un tratamiento técnico y especializado, y los cuidados mediante la preocupación de la persona y sus necesidades globales".

La buena praxis de este grupo de profesionales, tan palpable en la gratitud que expresan los pacientes y sus familias, no es gratis. Requiere también de una labor de coordinación de un equipo interdisciplinar. Así cada día, hay una reunión integrada por el médico, el supervisor, las enfermeras y las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES). Como la aspiración que se trata de alcanzar cada día pasa por una atención total, la psicóloga y la trabajadora social también se unen a este encuentro dos días a la semana, cuando tienen asignado venir.

#### PROFESIONALES FORMADOS Y MADUROS

Para trabajar en la línea marcada, se requieren profesionales de la enfermería como las de esta unidad del CAULE. Los cuidados precisan requisitos que detalla Nieves Larren, "una amplia formación específica, madurez profesional y personal, habilidades para la atención a los detalles y capacidad de una visión global de la situación". No son condiciones arbitrarias.



Proporcionan a este equipo capacidad de juicio clínico, facultad para adoptar de decisiones, aptitud para intervenir en situaciones complejas y la disposición de para establecer una óptima relación interpersonal.

Trabajar en esta Unidad hace inevitable exponerse a situaciones difíciles y satisfactorias. En muchas ocasiones lo uno viene de la mano de lo otro. La confianza que pacientes y familias depositan en el personal de Enfermería suscita que se abran para contar sus problemas, ya sean personales, sanitarios o sociales.

Naturalmente, estas profesionales sienten cuando los pacientes se van, pero queda como algo positivo la percepción de haber ayudado al enfermo y su círculo cercano en unos momentos duros. Se ayuda a tener una muerte digna y tranquila si el paciente fallece o también cuando reciben el alta, porque también se van a sus casas. Además de la satisfacción personal por la labor bien hecha, las enfermeras reciben la gratitud de pacientes y familiares. Como la propia Larren incide, "más de un 95% y me quedo corta".

Una especialidad con tantas implicaciones humanas deja poso en las personas que dedican a ella su esfuerzo. "A veces nos involucramos emocionalmente, debido a que hemos pasado por lo mismo como familiares, sintiendo empatía por ellos". Esa es la clave, su capacidad para ponerse en el otro lado de esta historia y las lecciones personales que se extraen de este trabajo. "Nos damos cuenta de lo difícil y lo duro que es, a veces, la vida y lo importante que es vivir el día a día lo mejor posible, buscando el aspecto positivo a cada momento. Ante la adversidad, se ponen en marcha las fortalezas personales para tomar estas situaciones como un desafío propio de la vida.

#### UN POCO COMO EN SU CASA

Los pacientes ingresados en Cuidados Paliativos se sienten acompañados, llevados de la mano a través de sus complicadas circunstancias. No es ajeno el contexto donde se ofrecen estos cuidados, el Hospital Monte San Isidro. Integrado en el CAULE, este centro abrió sus puertas en 1945 dedicado al cuidado de enfermos tuberculosos que hallaban reposo en este espacio alejado de la ciudad.

Nieves Larren detalla que "este entorno de paz y tranquilidad influye en el bienestar del enfermo y de su familia". El contacto con la naturaleza es una terapia positiva para todos, tanto pacientes como profesionales. También, cómo no, para los familiares que ven más fácil como se diluye esa tensión por el ingreso en Paliativos.

Se trata de reproducir, en lo posible, un ambiente más propio de un hogar que de un centro hospitalario. Y para ello los detalles son importantes como la atención inmediata de los pacientes o aspectos que pudieran parecer nimios como la televisión gratuita en las habitaciones.

Los enfermos disponen de la habitación para ellos, su familia y sus amigos. Es por ello que la intimidad

y la dignidad está asegurada. No suelen faltar en estas estancias detalles que las familias aportan para personalizar este entorno como pueden ser flores o dibujos. Además, hay también una salita común para los familiares en la que hay microondas y nevera. Todo ello para que el paciente y sus acompañantes se encuentren, lo más cómodo dentro de estas condiciones tan especiales.

¿Cómo se actúa con estas familias? En muchas ocasiones, el personal de enfermería desempeña un rol de intermediación entre los familiares y el resto de profesionales sanitarios. La situación de enfermedad puede provocar en los allegados un profundo estrés y una alteración de su vida diaria ante la alta demanda de cuidados. Por ello, la enfermera también vela de los intereses y cuidados de las familias. Se trata de un pilar fundamental en el cuidado integral del enfermo por lo que sí se genera ese vínculo, repercutirá en cuidados de mayor calidad hacia el enfermo. Es, precisamente, este el centro de todos los desvelos del personal de enfermero.



PUBLICIDAD



# Nefrología

## Enfocados en la atención integral de los pacientes

Para hablar de este servicio, hay que detallar el esfuerzo de sus profesionales. Atiende toda la patología nefrológica del área sanitaria de León y cuenta con el programa de diálisis peritoneal más grande de la comunidad. Claro está que, para mantener la buena marcha de la Unidad, es imprescindible la excelencia de sus profesionales de Enfermería. Más allá de ofrecer unos cuidados sanitarios, acompañan y educan al paciente para hacerle protagonista de su enfermedad.

El Hospital de León cuenta con un servicio de Nefrología desde 1975, año en el que también dio sus primeros pasos la Unidad de Hemodiálisis. Desde entonces, no hay duda de que han hecho un buen uso del tiempo y los recursos. Desde este servicio, inciden en el progreso realizado, palpable en resultados constatados.

Así, el CAULE dispone de una unidad de hemodiálisis con tecnología avanzada. No se ha quedado aquí, sino que ha dado un gran impulso a las terapias domiciliarias, con un gran avance del programa de diálisis peritoneal. Dentro de este modelo que trata de ofrecer la mejor atención a sus usuarios, el programa de hemodiálisis domiciliar ha dado sus primeros pasos, en el que se han incluido a cinco pacientes. Y crecerá más.

A partir de enero de 2010 se implantó en el Hospital la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Esta consulta incrementa la educación en un estilo de vida sobre factores que retrasan la progresión de la enfermedad renal, disminuyen el riesgo vascular, y preparan al paciente para iniciar la diálisis y entrar en lista espera de trasplante de donantes fallecidos. Desde la ERCA, también, se fomenta el trasplante de donantes vivos.

En la Unidad están acostumbrados a trabajar de manera coordinada

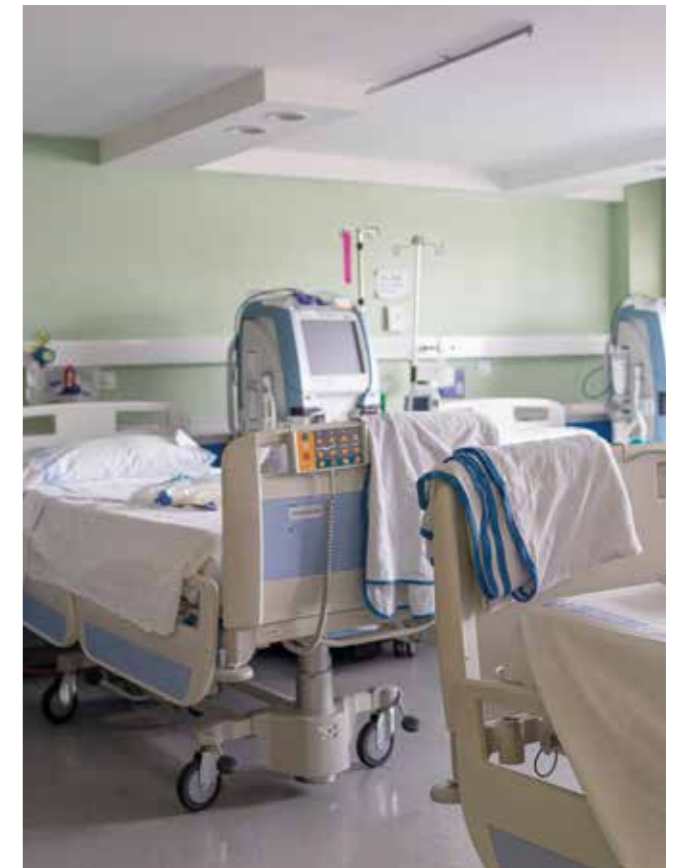
con profesionales de diferentes especialidades como, por ejemplo, nutricionistas y cirujanos vasculares. Al contrario de lo que la lógica puede sugerir, el trabajo de estos equipos multidisciplinares es gratificante para ellos y permite poner al paciente en el centro de esta ecuación y ser el eje que mueva los cuidados enfermeros.

Una de las consecuencias de la búsqueda constante de la excelencia asistencial, es la acreditación de calidad ACERCA, en su nivel óptimo, para la Unidad ERCA y la certificación de calidad por la norma ISO 9001 de toda la sección de Nefrología.

### PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA

El perfil de los pacientes que reciben tratamiento en esta unidad del CAULE está enfocado en personas con enfermedad renal crónica, en estadio 4 y 5. Por explicarlo en términos más entendibles, son aquellos que sus riñones funcionan menos de un 20% y los que están en programa de diálisis.

Para cubrir sus necesidades, se cuenta con profesionales de la enfermería con una alta cualificación profesional, en la que resulta capital la faceta individualizada del trabajo sanitario. En este sentido, desde esta sección se explica que "las unidades de diálisis son lugares altamente tecnificados con máquinas complejas que suponen mecanizar



*En nuestra búsqueda constante de la excelencia, tenemos la acreditación de calidad ACERCA, en su nivel óptimo, para la Unidad ERCA y la certificación de calidad por la norma ISO 9001 de toda la sección de Nefrología*



*“Debemos trabajar en mejorar la información y la educación en salud que les damos”. La razón de este empeño es significativa porque está demostrado que las personas con enfermedad renal crónica avanzada, cuando tienen toda la información, están mejor dispuestas a su tratamiento y afrontan mejor su dolencia.*



*Nuestro objetivo en el trabajo de cada día, es ofrecer unos cuidados integrales y humanos de calidad.*

los cuidados. Sin embargo, el factor humano debe ser el eje que mueva los cuidados enfermeros”.

Por ahí va el objetivo hacia el que trabajan cada día. Ofrecer unos cuidados integrales y humanos de calidad. No sólo se trata de realizar tratamientos de diálisis o facultar que los pacientes puedan ser parte activa de ellos. Al tratarse de enfermos crónicos, la educación sanitaria resulta fundamental. Necesitan conocer su trastorno para aceptarlo y convivir con él, además de participar en la toma de decisiones sobre los aspectos referentes a su salud y, elegir, el tratamiento de sustitución del riñón que quieran realizar. Precisamente, estos aspectos se trabajan, especialmente, desde la consulta de cuidados de enfermería ERCA.

Dentro de las tareas diarias del personal enfermero, una de las más sustanciales se encamina al fomento de la autonomía de los pacientes, así como en la participación en la toma de las decisiones que les afecten. De este modo, los usuarios de este servicio no son un mero receptor de cuidados, sino que puede asumir un papel protagonista en la atención a su salud.

Para ello, indican, “debemos trabajar en mejorar la información y la educación en salud que les damos”. La razón de este empeño es significativa porque, como apuntan desde la Unidad, está demostrado que las personas con enfermedad renal crónica avanzada, cuando están bien informadas, están mejor dispuestas a su tratamiento y afrontan mejor su dolencia.

Como, en muchos casos, estos profesionales asisten a pacientes crónicos se establecen relaciones de confianza con ellos. De este modo, los usuarios reconocen el esfuerzo cotidiano de la Unidad en la mejora de sus condiciones de salud. Y es que “son muchas horas, días y años las que se pasan juntos. Somos partícipes de sus ratos buenos y malos, sus preocupaciones, penas y alegrías. Y ellos también participan de las nuestras”. Es lógico que, como aseguran, “somos una gran familia”. En estos momentos, se constata fehacientemente que nada une más a una familia que atravesar juntos la adversidad.

El paso por estas dificultades no es una cosa sencilla. Los pacientes, en ocasiones, no siguen las indicaciones prescritas por los profesionales. Son enfermedades duras, que causan muchas restricciones y molestias. En este contexto, la rebeldía es comprensible. Aun así, lo más importante siempre será ponerles a su disposición la mejor información para que tomen de manera consciente sus propias decisiones, aunque no se esté de acuerdo con ellas. Aquí, el libre albedrío le gana la partida a la sensatez.

Las enfermas de nefrología investigan y las de León, obviamente, no son una excepción. De hecho, un estudio realizado durante la pandemia causada por la COVID-19 fue merecedor del Premio Poster en un Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología. Más allá del justo reconocimiento a estos logros, la investigación en sí misma es un medio imprescindible para avanzar como buenos profesionales. Por eso, reconocen

que “nos aporta un cuerpo de conocimientos que hace que se pueda mejorar la calidad de los cuidados que administramos a nuestros pacientes.”

#### UN GRAVE PROBLEMA SANITARIO

Aunque la sociedad no adjudicaba a las enfermedades renales la gravedad que exigen, y muchos las consideraban incluso como una cosa menor, no son un problema menor. Al contrario, son un problema serio de salud que afecta al 10% de la población. Y va en aumento. No da síntomas y cuando es detectado se encuentra en estadios avanzados. Además, el tratamiento tiene un alto coste económico y social.

Por ello, señalan que es preciso dar una mayor visibilidad a la enfermedad renal crónica y sus tratamientos, trabajar en la prevención y la detección precoz para identificar con antelación a los pacientes y poner en marcha estrategias que eviten la progresión de la enfermedad y la necesidad de entrar en diálisis.

Desde la Unidad ERCA trabajan en dos direcciones en la detección temprana de estos trastornos. Por un lado, en la mejora de la comunicación, coordinación y colaboración con los equipos de Atención Primaria, llevando a cabo conjuntamente actividades de difusión de la enfermedad renal entre los profesionales.

Por otro, se actúa de la mano de la Asociación de Enfermos Renales (ALCER) en la divulgación y prevención de este problema sanitario.

PUBLICIDAD

ANNA BURGSTALLER

## Trabajo Social El apoyo imprescindible



*Las trabajadoras sociales aportan el diagnóstico e intervención social trabajando con el resto de los profesionales sanitarios en la atención integral de una situación tan delicada como es la enfermedad*

En una sociedad en la que la atención sanitaria es cada vez más tecnológica y especializada, el Trabajo Social se convierte en una pieza fundamental para completar la atención médica y dotarla de la humanización que requiere. Con más de 50 años de trayectoria, la Unidad de Trabajo Social del CAULE cuenta actualmente con doce profesionales ubicadas en los distintos dispositivos del CAULE: Hospital, Monte San Isidro, Santa Isabel y Equipos de Salud Mental.

Las trabajadoras sociales aportan el diagnóstico e intervención social trabajando juntamente con el resto de los profesionales sanitarios en la atención integral de una situación tan delicada como es la enfermedad, donde los factores sociales, -hecho ya constatado- son un componente clave. La labor de estas profesionales incluye la valoración de las necesidades sociales de los pacientes y sus familiares, el asesoramiento en cuestiones legales y administrativas, la coordinación con otros recursos sanitarios y sociales, la intervención en situaciones de conflicto y crisis... además de ofrecer en todo momento apoyo emocional. Y es que la empatía, algo de lo que tanto se habla hoy en día, es un sentimiento inherente a su profesión, sin empatía su trabajo carece de sentido. "A menudo te involucras como si fuera algo personal porque el compromiso es total y las ganas de ayudar son todas" apuntan. Son trabajadoras sociales sanitarias, su intervención va más allá de la simple gestión de recursos: intervención individualizada con el paciente, acompañamiento en el proceso de la enfermedad, apoyo familiar, coordinación con organismos sociosanitarios, etc.

En general, los colectivos a los que se dirige la intervención del trabajador social sanitario son: menores, mujeres, personas con discapacidad, personas con problemas de adicciones, de salud mental, inmigrantes y refugiados, personas en situación de riesgo o de vulnerabilidad relacionada con su situación sobrevenida del proceso de salud o enfermedad.

Los ejemplos de casos en los que un ciudadano puede recurrir a los servicios que prestan los trabajadores sociales son, por tanto, muchos y de diferente índole. Se trata de un abanico muy amplio y heterogéneo de problemáticas que desde Trabajo Social intentan abordar eficientemente y para ello es necesario ser "muy resolutivo y anticiparse a cualquier contratiempo" señalan.

En algunos casos los pacientes pueden sentirse abrumados por la situación y desconocer qué opciones están disponibles para ellos y son las trabajadoras sociales del CAULE quienes orientan en la toma de decisiones, pero no es una labor fácil y mucho menos si se tiene en cuenta la gran demanda que afrontan a diario.

Uno de los programas de la Unidad de Trabajo Social es el de voluntariado, pionero e innovador tanto a nivel regional como nacional. Los destinatarios directos de este programa son todos los pacientes y familiares que reciben atención en cualquiera de los dispositivos del CAULE, y los destinatarios indirectos todos los profesionales del CAULE. Se trata de un equipo de personas voluntarias con capacidad y formación que actúa siempre bajo la supervisión de las trabajadoras sociales del CAULE. Este programa ha recibido recientemente un accésit en la primera Jornada de Humanización del área sanitaria de León celebrada el 12 de abril de este año.



*Con más de 50 años de trayectoria, la Unidad de Trabajo social del CAULE cuenta actualmente con doce profesionales*



#### LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

De las doce trabajadoras sociales con las que cuenta el CAULE, actualmente cinco están en lo que se denomina Unidades generales y las otras siete en Psiquiatría (cada una lleva dos dispositivos) cubriendo así las diferentes especialidades médicas. Su intervención, en líneas generales, se efectúa a tres niveles: individual con el paciente, grupal a través de grupos terapéuticos y grupos de apoyo, y un último nivel de trabajo con la comunidad a través de asociaciones, y/o todos los recursos no sanitarios imprescindibles para resolver o paliar la situación del paciente.

Estas actuaciones a tres niveles tienen algo en común: "necesitan seguir las mismas directrices, ir todos hacia el mismo objetivo que siempre será el bienestar del paciente". Por eso la coordinación entre los diferentes equipos es vital, la clave del éxito. Es un trabajo en equipo, no solo con los departamentos médico, enfermería, y demás personal sanitario, sino que también necesitan trabajar juntamente con otros departamentos extra sanitarios.

De todos modos, aunque siempre se persiga la misma finalidad, explican que "cada situación es distinta porque cada persona y su entorno son únicos y tiene sus propias necesidades, "eso requiere anticiparse a las dificultades que puedan surgir" y añaden: "las especialidades son muy concretas, hay que estar muy bien formada en el área que trabajas, te tienes que ir especializando por iniciativa propia".

Por este motivo resaltan la importancia de la formación "asumimos la responsabilidad de formarnos, porque el plan de estudios no contempla especialidades y sin embargo en el día a día de trabajo si necesitas estar especializado. Tienes que entender las patologías con las que tratas, solo así serás eficaz".

#### LA SOLEDAD, EN AUMENTO

Las necesidades varían y evolucionan al ritmo que lo hace la sociedad y eso comporta tener que reciclarse de forma continua. En este sentido, recuerdan que, por ejemplo, el rol de la familia ha experimentado cambios significativos: "Antes la familia era un pilar fundamental para el paciente, actualmente lo sigue siendo, pero ha cambiado; hay muchos tipos de familias y sus miembros a menudo no pueden o no quieren hacerse cargo del paciente enfermo, años atrás los familiares cubrían muchas de las necesidades de los pacientes, ahora no".

Hoy por hoy atienden muchos casos de personas que, aunque tengan familia, están solas a la hora de afrontar situaciones difíciles, situación que se agravó cuando estalló la pandemia y que derivó en un aumento de casos de problemas de salud mental. De hecho, su dilatada experiencia les permite conocer las principales necesidades de la sociedad y coinciden en apuntar que la soledad es uno de los mayores males de hoy en día; "los casos de soledad van en aumento, la padecen personas de distintas edades y clases sociales y es uno de los principales problemas a los que tiene que hacer frente la Unidad" concluyen.

Por todo ello su compromiso con la atención al paciente hace que sean un recurso invaluable para el Hospital y la sociedad en general.

José Santos Salas Valián  
Jefe de Anatomía Patológica del Hospital de León

## “Los diagnósticos que más nos gusta dar son los de ‘negatividad para tumor’ en pacientes en seguimiento por cáncer”

La Anatomía Patológica es una especialidad fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Este servicio, encargado de estudiar las muestras de tejidos, células y fluidos corporales, es crucial para la identificación y tratamiento de diversas patologías y su diagnóstico. En el caso del Hospital de León, el servicio de Anatomía Patológica cuenta con un equipo de trece especialistas altamente cualificados y con una amplia experiencia. Estos trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales médicos del hospital, como oncólogos, cirujanos o radiólogos, para ofrecer un diagnóstico preciso y personalizado a cada paciente, analizando las muestras biológicas que se obtienen en biopsias, citologías, aspirados u otros procedimientos, con el objetivo de identificar si hay indicios de cáncer, enfermedades infecciosas u otras afecciones médicas. En definitiva, su labor es crucial para el tratamiento y la recuperación exitosa de los pacientes.

Además, tiene un papel relevante en la investigación científica, ya que permite el estudio de las características biológicas de las enfermedades y el desarrollo de nuevos tratamientos y terapias mediante técnicas y tecnologías de vanguardia para el análisis de las muestras, como microscopía, inmunohistoquímica, técnicas moleculares, entre otras, que permiten obtener una información detallada sobre la naturaleza

de las lesiones y la gravedad de la enfermedad. Para profundizar en el funcionamiento del servicio hablamos con José Santos Salas, jefe de Anatomía Patológica del Hospital de León.

### ¿EN QUÉ CONSISTE Y QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA?

El servicio de Anatomía Patológica es un servicio central del hospital que se encarga de emitir los diagnósticos anatomopatológicos de las distintas muestras que se extraen al paciente, ya sea en forma de biopsias, piezas quirúrgicas, líquidos o incluso autopsias clínicas. Estudiando este material y aplicando las técnicas que tiene a su alcance, el patólogo emite un diagnóstico que será determinante tanto para el tratamiento del paciente como para conocer su pronóstico.

### ¿CUÁLES SON LOS PASOS QUE SE SIGUEN DESDE QUE SE RECIBE UNA MUESTRA HASTA QUE SE EMITE UN INFORME?

Cuando recibimos una muestra lo primero que hacemos es el registro de ese estudio en nuestro sistema informático. Este número se incluye en la historia clínica electrónica del paciente y es único e inequívoco para ese estudio.

Dependiendo del tipo de muestra el proceso varía, así en biopsias y piezas quirúrgicas se hace un estudio macroscópico y una descripción por parte del patólogo, donde se recoge la medida, el peso y otras caracte-

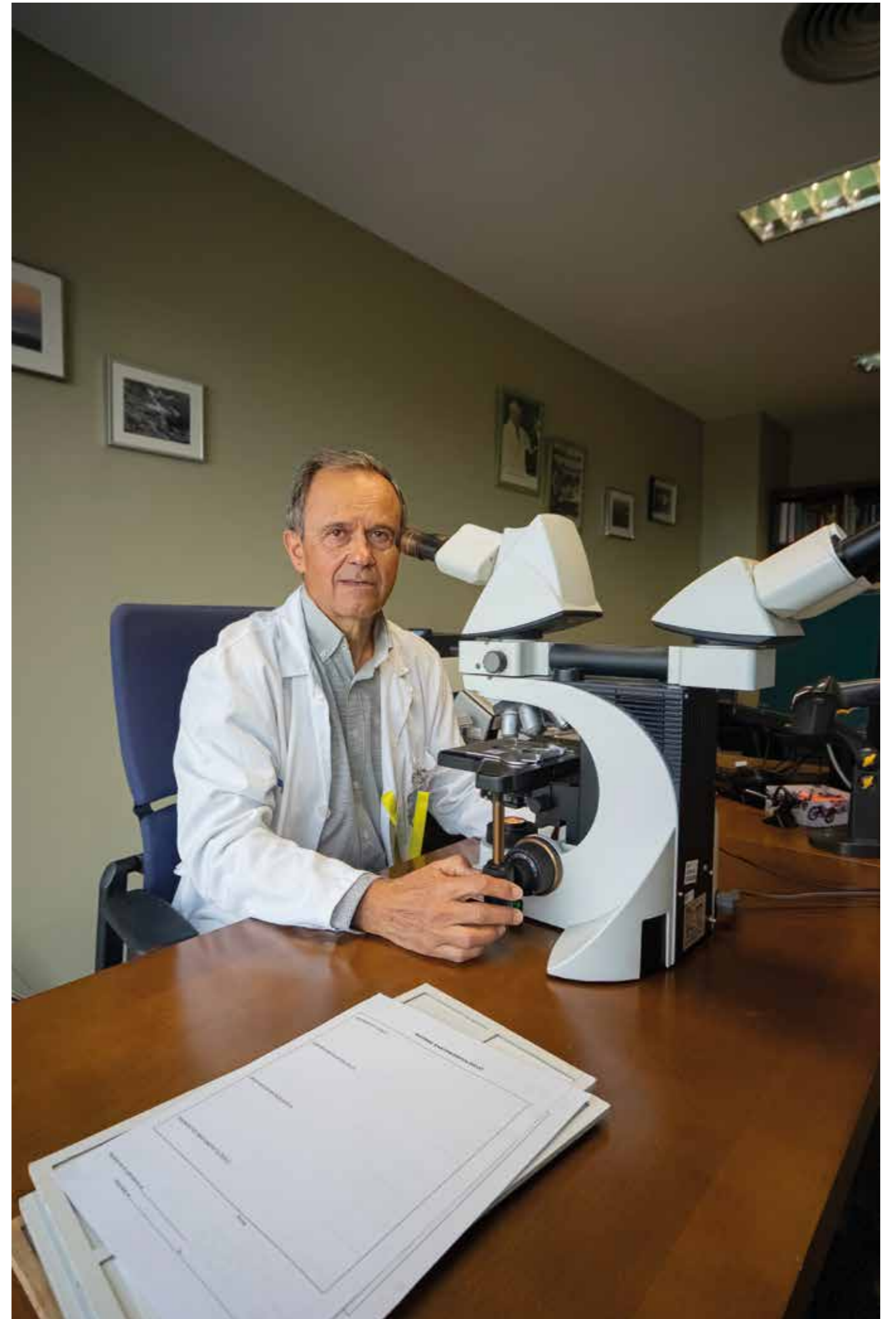
rísticas de la pieza recibida (tamaño tumoral, distancia a los márgenes, profundidad de invasión, etc.). Luego seleccionamos las áreas que posteriormente estudiaremos al microscopio.

Estos fragmentos seleccionados, una vez fijados, tienen que sufrir un proceso de inclusión en parafina para endurecerlos y poderlos cortar con el microtomo en láminas, con un espesor de 3-4 micras. Estas láminas se colocan sobre un portaobjetos de vidrio y tras eliminar la parafina se tiñen con Hematoxilina Eosina y se cubren con el cubreobjetos, pudiendo así ver esta preparación al microscopio.

El patólogo estudiará todas las preparaciones de cada caso, pudiendo solicitar técnicas especiales que harán los técnicos del laboratorio (TSAPYC) y al final emitirá un diagnóstico lo más completo posible.

Otro tipo de muestras como las citologías se procesan de forma distinta. Se centrifugan para concentrar las células y se hace una extensión sobre un portaobjetos, dándonos así una información muy importante sobre el proceso del paciente.

Hay estudios especiales como los intraoperatorios que usamos la congelación para poder cortar el tejido a 3-4 micras, ya que en este caso el diagnóstico debe hacerse en menos de 30 minutos para que el cirujano continúe la intervención basándose en nuestro diagnóstico.





*“Desgraciadamente uno de los diagnósticos que emitimos con más frecuencia es el de cáncer, en todas sus formas: carcinomas, sarcomas, linfomas o melanomas”*

**¿QUÉ TIPO DE ENFERMEDADES SON LAS MÁS COMUNES QUE SE DETECTAN EN LAS PRUEBAS?**

Desgraciadamente uno de los diagnósticos que emitimos con más frecuencia es el de cáncer, en todas sus formas: carcinomas, sarcomas, linfomas o melanomas. También vemos muchos tumores benignos como miomas, adenomas, nevus, etc. En otros casos nuestros diagnósticos son de lesiones inflamatorias, ya sean cutáneas, intestinales o de cualquier otro órgano que haya sido biopsiado por el médico petionario.

Indudablemente los diagnósticos que más nos gusta dar son los de “negatividad para tumor” en pacientes en seguimiento por cáncer que han sido tratados y que clínica o radiológicamente muestran lesiones sospechosas de recidiva tumoral y se biopsian para confirmarlo. Esto nos hace sentir orgullosos de la labor que hacen nuestros compañeros oncólogos y cirujanos controlando el cáncer.

**EN CUANTO A LA RELACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL, COMO POR EJEMPLO LA ONCOLOGÍA. ¿CÓMO SE COORDINAN ESTOS SERVICIOS PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE?**

Actualmente es impensable que un médico actúe solo, sobre todo en el paciente oncológico. Son equipos multidisciplinares los que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Todas las áreas tienen un comité de tumores multidisciplinar que está compuesto al menos por médicos de oncología, radioterapia, cirugía, radiología y por supuesto anatomía patológica.

Estos comités están regulados y en ellos se comentan todos los casos oncológicos, aportando cada especialista su conocimiento sobre ese paciente, decidiendo entre todos los pasos a seguir, tanto para completar el diagnóstico como para indicar los distintos tratamientos. Es lo que podríamos llamar una medicina de precisión o personalizada.

**¿CÓMO SE GARANTIZA LA CALIDAD Y PRECISIÓN EN LOS INFORMES QUE EMITE EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA?**

Desde el año 2015 el servicio de Anatomía Patológica del Hospital de León está certificado para la norma UNE-EN ISO 9001 que constituye una herramienta fundamental para la gestión del sistema de calidad del Servicio.

Los 13 patólogos del servicio, que actualmente estamos trabajando, estamos subespecializados por áreas con el objeto de profundizar más en el conocimiento de las distintas patologías y así estar actualizados en los distintos avances científicos.

El servicio está sujeta también a controles de calidad internos con periodicidad semanal y a controles de calidad externos organizados por nuestra propia sociedad (SEAP-IAP) y al control de calidad europeo (EMQN).

**¿CÓMO SE MANEJAN LAS MUESTRAS QUE SE RECIBEN EN EL SERVICIO PARA EVITAR ERRORES O CONFUSIONES EN LOS DIAGNÓSTICOS?**

Todas las muestras, en el momento del registro en nuestra base de datos, se les da un ID único que consiste en un número que va precedido por las letras LE que es el identificativo de nuestro hospital, ya que esta base de datos es común

a los 14 servicios de Anatomía Patológica que hay en la Comunidad. Luego van las dos últimas cifras del año, seguido con el identificativo del tipo de muestra, así B para biopsia, C para citología, etc. y termina con un número de 7 dígitos que de forma automática el programa va dando correlativamente.

Ya en el momento del registro se imprimen etiquetas adhesivas con ese número y su código BIDI para que lo lean los lectores automáticos en todo el proceso. Estas etiquetas con códigos de lectura automático se ponen en los volantes de petición, en los botes de las muestras y también en los bloques de parafina y en las preparaciones que interpretaremos al microscopio.

Todo este proceso es lo que llamamos “sistema de trazabilidad”, es decir que en todos los pasos nos apoyamos en la lectura automática de las etiquetas por lo que si accidentalmente cambiáramos la muestra en algún momento el propio sistema nos avisaría de nuestro error y nos impide seguir.

Además, este sistema de trazabilidad automático registra todos los pasos realizados. Si en algún momento sospechamos que ha podido haber un error, esto nos permite listar todas las acciones realizadas en cualquier puesto de trabajo y saber quién las ha hecho.

**¿CÓMO SE CAPACITA AL PERSONAL DEL SERVICIO PARA ESTAR ACTUALIZADOS EN LAS ÚLTIMAS TECNOLOGÍAS Y TÉCNICAS EN EL CAMPO DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA?**

Lo hacemos fundamentalmente a través de la formación continuada.

Nuestro propio sistema de calidad nos obliga a tener un plan anual de formación para todos los estamentos con la planificación, seguimiento y transferencia del conocimiento de todas estas acciones.

Además de la formación en los congresos de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SE-AP-IAP) y de la Asociación Española de Técnicos de Laboratorio (AETEL), tenemos múltiples formaciones puntuales sobre distintas áreas o técnicas con las que también nos formamos.

#### ¿QUÉ MEDIDAS DE SEGURIDAD SE TOMAN EN EL SERVICIO PARA PROTEGER LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS PACIENTES Y SUS DATOS MÉDICOS?

Todo personal del servicio, aunque su estancia sea muy corta, firma un compromiso de confidencialidad y se les explica que solo se puede acceder a los datos imprescindibles para nuestro trabajo y en ningún momento filtrar este tipo de datos. El acceso a estos datos siempre es con usuario y contraseña y deja traza en el sistema, es decir que podemos saber quién ha consultado los datos de una historia determinada o quien ha accedido a determinados estudios en la base de datos de Anatomía Patológica.

Por otra parte, nuestro personal administrativo que conoce perfectamente los derechos del paciente nunca informa de diagnósticos por teléfono, derivando siempre esta petición al patólogo responsable del estudio que valorará la pertinencia de esa petición.



#### ¿CÓMO SE MANEJA LA DEMANDA Y LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA LAS PRUEBAS?

Para cada tipo de estudio tenemos unos indicadores de tiempo medio de resolución que controlamos e intentamos cumplir. Somos consciente que hay algunos tipos de estudios que son muy urgentes como las biopsias procedentes de broncoscopia o las biopsias diagnósticas de nódulos de mama ya que, una vez conocido ese resultado, se instauran inmediatamente tratamientos oncológicos o quirúrgicos que interesa iniciar cuanto antes para obtener mejores resultados. Este tipo de estudios se procesan de forma urgente y controlamos el tiempo de emisión del informe, al igual que sucede con la consulta de "diagnóstico rápido", que también se tratan de forma urgente.

Por otra parte, cualquier médico del hospital nos puede solicitar un estudio urgente, por la razón que él considere, y habitualmente lo canalizará a través del respectivo comité de tumores, con la ventaja que en muchas ocasiones sabemos de la urgencia de ese estudio incluso antes de recibirlo, permitiéndonos así optimizar mucho mejor los tiempos.

#### ¿CÓMO SE HA VISTO AFECTADO EL SERVICIO POR LA PANDEMIA DE COVID-19?

La pandemia también afectó al servicio de Anatomía Patológica, al inicio con una caída de actividad por la transformación de los quirófanos en UCI. Las piezas que nos llegaban, muchas de ellas operadas por urgencia vital, tuvimos que manejarlas extremando las medidas de seguridad para evitar contagios entre los trabajadores con el bloqueo del servicio, siem-



*El principal avance que se está produciendo en Anatomía Patológica son los estudios moleculares que acompañan a nuestros diagnósticos tumorales*

pre guiados con las indicaciones de nuestra sociedad científica y la dirección del centro.

Cuando vimos el acúmulo de pacientes oncológicos pendientes de intervención que se estaban generando la propia dirección del centro activó las intervenciones en centros externos, libres de Covid-19. Fueron unos momentos de una cuidada coordinación entre centros, personal de enfermería, técnicos, transportistas, etc. Así hicimos un protocolo para el traslado de las piezas quirúrgicas a nuestro servicio y realmente fue un éxito porque se comenzó a intervenir pacientes oncológicos con garantías en plena pandemia con nuestros equipos quirúrgicos y estudiando las piezas en nuestro servicio.

#### ¿CUÁLES SON LOS AVANCES MÁS RECIENTES EN EL CAMPO DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CÓMO SE ESTÁN INCORPORANDO EN EL SERVICIO DEL HOSPITAL DE LEÓN?

El principal avance que se está produciendo en Anatomía Patológica son los estudios moleculares que acompañan a nuestros diagnósticos tumorales. Son estudios moleculares muy completos que dan la posibilidad de tratamientos específicos para cada paciente, es lo que estamos llamando "Medicina Personalizada" o "Medicina de precisión".

#### ¿CUÁLES SON LOS MAYORES DESAFÍOS QUE ENFRENTA EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA ACTUALIDAD Y CÓMO SE ESTÁN ABORDANDO?

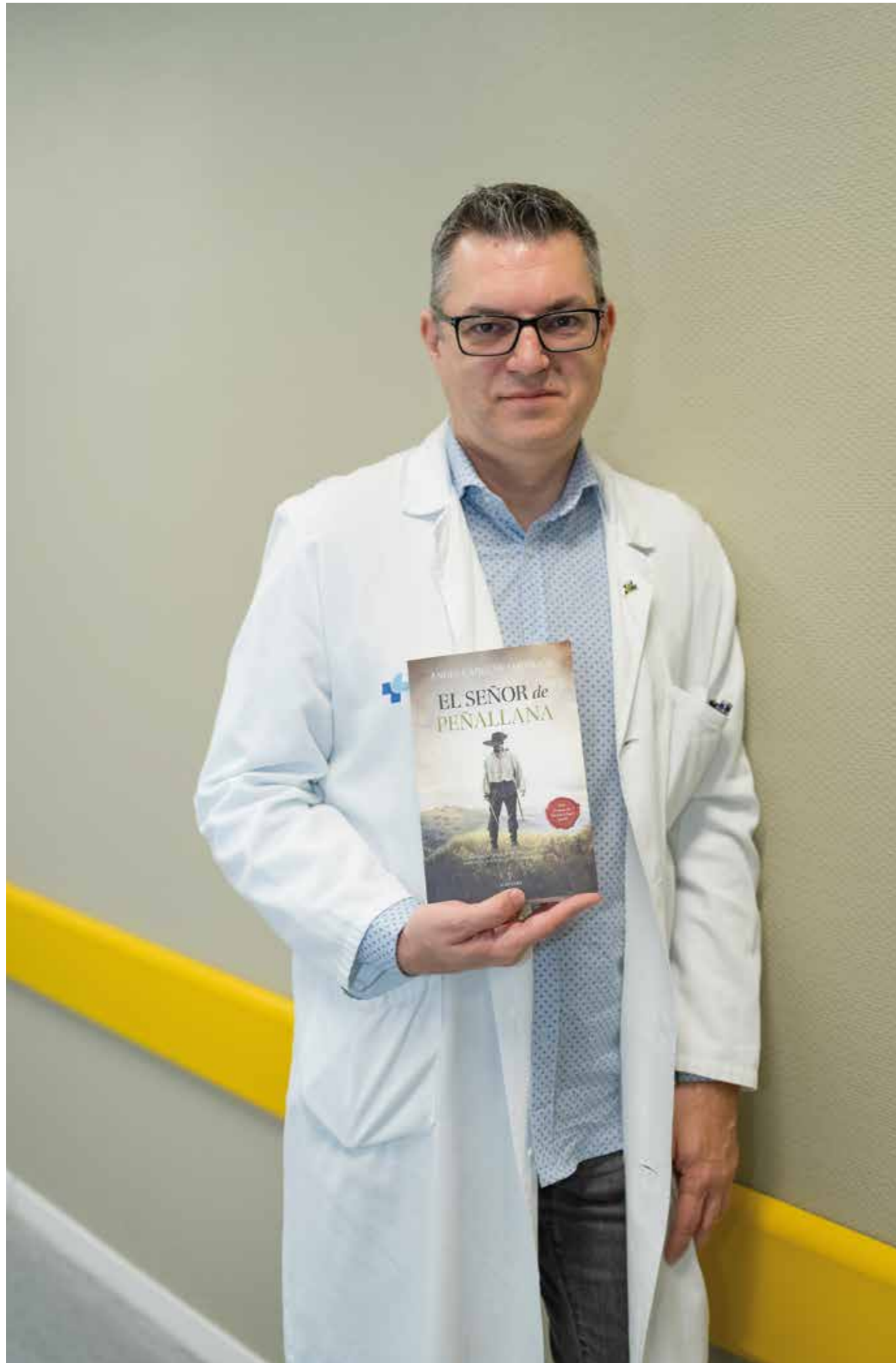
Destacaría fundamentalmente dos, el primero es el gran avance que se está produciendo en los marcadores

moleculares que van a orientar los distintos tratamientos oncológicos. A nivel de la Comunidad se están creando centros de referencia para pruebas moleculares que garanticen la universalidad de todas estas pruebas a todos los pacientes de la Comunidad que lo necesiten, el hospital de León será uno de estos centros de referencia en pruebas moleculares, gracias a la técnica de secuenciación masiva (NGS) que ya tenemos desde hace unos años.

El otro gran reto es la introducción de la patología digital. Ésta consiste en la digitalización completa de todas las preparaciones, obteniendo imágenes digitales, con todas las ventajas que esto conlleva. La imagen que vemos al microscopio al estar digitalizada podemos aplicar técnicas de análisis de imagen, utilizar algoritmos diagnósticos producto de inteligencia artificial y otras muchas ventajas en consultas, docencia, etc. La Consejería está actualmente inmersa en un proyecto de patología digital que afectará a los catorce servicios de Anatomía Patológica de la Comunidad, en el que estamos participando desde el Hospital de León de forma directa y que pensamos será todo un éxito para nuestros hospitales y una mejora para nuestros pacientes.



*“El Hospital de León será un centro referencia en pruebas moleculares, gracias a la técnica de secuenciación masiva (NGS) que ya tenemos desde hace unos años”*



La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) entregó la octava edición del premio de novela Albert Jovell al médico y escritor Ángel Cabezas por su obra histórica *El Señor de Peñallana*, editada por Almuzara. El acto de entrega tuvo lugar en la sede del CGCOM, en vísperas del Día del Libro, y fue presidido por la Dra. María Isabel Moya García, vicepresidenta primera de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC); y el Dr. José M.<sup>a</sup> Rodríguez Vicente, secretario general de la FPSOMC y miembro del jurado de este premio que se convoca con carácter anual.

Doctor Ángel Cabezas  
VIII Premio de Novela Albert Jovell

## “Juan José de Austria pudo haber cambiado el rumbo de España”

**EL JURADO ARGUMENTA QUE “TEJE UN INMENSO TAPIZ EN EL QUE LA NOVELA HISTÓRICA, LA AVENTURA Y LA ÉPICA SE DAN LA MANO EN FELIZ MARIDAJE”. ES UN DEBUT LITERARIO MUY PROMETEDOR. ¿QUÉ SIGNIFICA ESTE PREMIO PARA USTED?**

Es un premio muy importante porque de las ocho ediciones celebradas, es la primera vez que lo gana un médico. La OMC se ha volcado en la promoción por el hecho de dedicarme a la profesión. Es un trampolín y un espaldarazo muy importante y que agradezco mucho.

**¿CÓMO FUE EL PROCESO LITERARIO? ¿CÓMO TEJIÓ LA TRAMA Y LOS PERSONAJES?**

Empecé a escribir el libro en 2016 y lo terminé en 2018. Me presenté a varios concursos, pero todo se paralizó por la pandemia; después se reactivó y me comunicaron que había sido el ganador del premio. Pasé mucho tiempo documentándome sobre el periodo histórico y sobre Juan José de Austria, que fue un personaje real y fascinante. El otro personaje es Rodrigo de Vargas, que sí es ficticio y es la antítesis de Juan José. Es una persona con muchas cualidades. Es joven, noble, inocente, aunque va cambiando a medida que avanza la historia. A Rodrigo le situé en Andújar (Jaén) como un homenaje a mi tierra, de hecho, gran parte de la novela sucede allí. El lector encontrará personajes muy diversos con una trama que se va desarrollando de una forma sorprendente.

**¿POR QUÉ ELIGIÓ A JUAN JOSÉ DE AUSTRIA? ¿POR QUÉ DECIDIÓ DARLE VIDA EN SU NOVELA?**

Fue el hijo bastardo de Felipe IV y por esa razón fue poco conocido; pero era deslumbrante, estaba muy capacitado tanto militar, como política y culturalmente. Podía haber cambiado el rumbo de España, sin embargo, su estigma por ser hijo bastardo le obligó a permanecer apartado. De hecho, pasó los primeros años de su vida en León, para alejarle así de la vida pública. Esta condición de hijo bastardo le marcó profundamente por eso siempre tuvo ansias de venganza y se dedicó a quitar de en medio a todo aquel que le apartó del poder. En realidad, la novela va sobre esto: es una historia sobre la venganza.

**CON EL ESPALDARAZO DEL PREMIO ¿SE LE HA PASADO POR LA CABEZA CAMBIAR LA MEDICINA POR LA LITERATURA?**

Siempre he tenido vocación por la literatura. Me fascina desde que era pequeño, pero reconozco que no se puede vivir de la escritura. Continuaré con mi profesión sanitaria y mientras pueda permitírmelo, lo compaginaré con los libros.

**¿SABE CÓMO ESTÁ SIENDO LA ACOGIDA ENTRE LOS LECTORES?**

El libro lo publica la editorial Almuzara y se está vendiendo muy bien. Se está haciendo una buena promoción y las ventas y la distribución son bastante buenas.

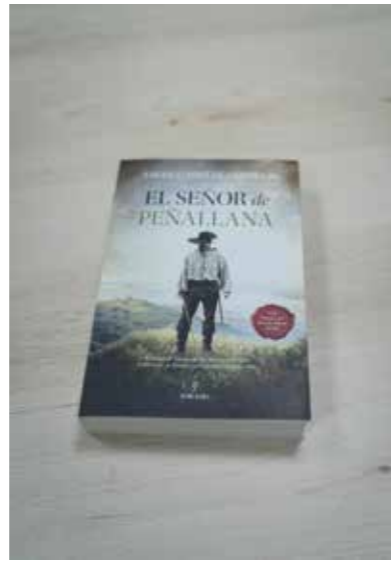


**¿POR QUÉ SE DECANTA POR LA NOVELA HISTÓRICA?  
¿QUÉ LE ATRAE DE ESTE GÉNERO?**

Siempre ha sido mi género favorito. Mi primer libro fue La isla del tesoro de Robert Louis Stevenson y me marcó muchísimo. A partir de ese momento seguí leyendo, siempre he sido muy lector. La novela histórica me fascina porque se aprende mucho.

**¿NOS PODRÍA DAR UNA RECOMENDACIÓN DE LECTURA PARA EL VERANO?**

Soy muy lector de José Calvo Poyato, al que considero uno de los referentes de la narrativa histórica. De él me ha encantado La ruta infinita que narra la vuelta al mundo de Magallanes y Elcano. Se lo recomendaría a todos los jóvenes porque es una oportunidad para aprender la historia a través de la literatura. Describe la gran epopeya que supuso la circunnavegación de la Tierra de una manera increíble.



*“Juan José de Austria fue el hijo bastardo de Felipe IV y por esa razón fue poco conocido; pero era deslumbrante, estaba muy capacitado tanto militar, como política y culturalmente”*



## Un médico apasionado por la literatura

**AUTOR:** Dr. Ángel Cabezas

Lic. en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada y Máster en Investigación en Medicina por la Universidad de León. Se especializó en medicina familiar y comunitaria, actualmente desarrolla su actividad como médico en las Urgencias hospitalarias del Hospital Universitario de León.

El jurado eligió por unanimidad El Señor de Peñallana por entender que, “ambientada en la España del siglo XVII, se trata de una obra que combina sabiamente la documentación rigurosa de la época con una trama repleta de acción y aventura, con personajes complejos y bien desarrollados y una narrativa absorbente”.

El jurado del VIII Premio de Novela Albert Jovell de la FPSOMC está compuesto por los expertos literarios y editores José Luis Garci, Luis Alberto de Cuenca, Manuel de Prada y Javier Ortega; así como los doctores, y también autores, José María Rodríguez Vicente, secretario general de la FPSOMC; y Carmen Fernández Jacob, presidenta de la Asociación de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA).

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

NOTI\_  
\_CI\_  
AS\_

---

---

# Noticias

---

---

## Noticias

---

Noticias

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD